



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas

Decanato de Pesquisa e Pós-Graduação

Especialização em Orçamento e Políticas Públicas

**APLICAÇÃO DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS NO
FINANCIAMENTO DA SAÚDE E OS PRINCÍPIOS DO SUS**

Silvia Vaz Ibiapina

**BRASÍLIA
2020**

Professora Doutora Márcia Abrahão Moura
Reitora da Universidade de Brasília

Professor Doutor Eduardo Tadeu Vieira
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Professor Doutor Franco de Matos
Coordenador de Gestão de Políticas Públicas

Silvia Vaz Ibiapina

**APLICAÇÃO DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS NO
FINANCIAMENTO DA SAÚDE E OS PRINCÍPIOS DO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao programa de especialização da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília, como requisito à obtenção do título de especialista em Orçamento e Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. José Marilson Martins Dantas

**BRASÍLIA
2020**

Silvia Vaz Ibiapina

**APLICAÇÃO DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS NO
FINANCIAMENTO DA SAÚDE E OS PRINCÍPIOS DO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao programa de Pós Graduação em Políticas Públicas da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília, como requisito à obtenção do título de Especialista em Orçamento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. José Marilson Martins Dantas

Brasília, 17 de novembro de 2020.

Banca Examinadora

Prof. Dr. José Marilson Martins Dantas

Universidade de Brasília - UnB

Prof. Doutor

IBIAPINA, Silvia Vaz.

Aplicação das emendas parlamentares individuais no financiamento da saúde e os princípios do SUS. Silvia Vaz Ibiapina – Brasília, 2020.

Orientador (a): Prof. Doutor José Marilson Martins Dantas

Trabalho de Conclusão de Curso pós graduação Especialização em Políticas Públicas – Universidade de Brasília, 2020.

Bibliografia.

1. Introdução. 2. Arcabouço Teórico 3. Metodologia. 4. Análise e Interpretação do Estudo de Caso. 5. Considerações Finais. Referências

CDD

À minha família, pois sem ela, nada disso seria possível e com ela, tudo é incrivelmente melhor;

Aos meus filhos e esposo, pela compreensão nos inúmeros momentos de ausência, vocês são o que tenho de melhor na vida;

À minha querida mãe que me ensinou tudo sobre a vida da melhor maneira possível: vivendo.

AGRADECIMENTOS

Aos professores e organizadores desse curso, em especial ao professor Doutor José Marilson Martins Dantas pela disponibilidade, paciência e vontade de me ajudar no roteiro e desenvolvimento deste trabalho e por todo acompanhamento e orientação durante a realização deste;

Ao meu querido amigo Darcio Junior, por sempre me oferecer tantas oportunidades de crescimento profissional e pessoal ao longo de nossa convivência;

À minha família e amigos, por estarem sempre ao meu lado nos melhores e piores momentos da minha vida.

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.” (Theodore Roosevelt)

RESUMO

A promoção da saúde pública requer antes de tudo investimento. Possibilitar que essa aplicação de recursos públicos seja realizada de maneira adequada e dentro da previsão constitucional sempre se mostrou um desafio ante as diversas questões que envolvem o processo execução do Orçamento Geral da União, em especial dos recursos alocados no SUS, por meio do Fundo Nacional de Saúde. Impactos provenientes da publicação da Emenda Constitucional 86/2015 na alocação dos recursos de Emendas Parlamentares Individuais no âmbito do Executivo Federal é o principal objeto desse estudo. Dividido em apontamentos referentes ao intervalo dos anos de 2010 a 2019, do ponto de vista da execução orçamentária e financeira em períodos anteriores e posteriores ao marco constitucional; da aplicação dos recursos por natureza de despesas e ainda na distribuição por Unidade Federativa, à luz do que preconizam os princípios e objetivos do SUS.

Palavras-Chave: EC 86/2015; Emendas Parlamentares Individuais; Princípios do SUS

ABSTRACT

Promoting public health care requires financial investment first and foremost. To enable the application of public resources to be carried out in an appropriate manner and within the constitutional provision has always proved to be a challenge, especially when one considers the several issues surrounding the process to execute the Federal General Budget, particularly the resources allocated in SUS, through the National Fund of Health Care. The publication of Constitutional Amendment 86/2015 on the allocation of resources from Individual Parliamentary Amendments within the scope of the Federal Executive and the impacts generated by it are the main focus of this study. Divided into notes referring to the period between 2010 and 2019, from the point of view of budgetary and financial execution in periods before and after the constitutional framework; the application of resources by nature of expenses and also the differences in the distribution to each Brazilian Federative Unit, in regard of what the principles and the goals advocated by Brazilian's Unified Healthcare System, SUS.

Keywords: EC 86/2015; Individual Parliamentary Amendments; SUS Principles

LISTAS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Dotação Orçamentária aprovada em emendas individuais alocadas ao Fundo Nacional de Saúde, nos anos de 2010 a 2019.

Gráfico 2 - Execução Orçamentária e Financeira das propostas de Emendas Individuais realizadas pelo FNS nos anos de 2010 a 2019.

Gráfico 3 - Dotação Aprovada e Execução Orçamentária realizada FNS.

Gráfico 4 - Execução Orçamentária sob a ótica da distribuição entre os grupos de natureza de despesa.

Gráfico 5 - Distribuição dos recursos de emendas individuais pelas áreas de realização das políticas de saúde - Período pré e pós Orçamento Impositivo.

Gráfico 6 - Execução orçamentária e financeira realizada nos anos de 2010 a 2019 sob a perspectiva da regionalização.

Gráfico 7 - Variação no valor alocado com recursos de emendas individuais por habitante nos dois períodos.

Gráfico 8 - Valor médio alocado em ASPS por habitantes em cada UF.

LISTA DE TABELA

Tabela 1- Classificação dos Grupos de Natureza da Despesa – GND

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT – Atos das Disposições Constitucionais Transitórias

ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde

CF – Constituição Federal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIR - Comissão Intergestores Regional

CIT - Comissões Intergestores Tripartite

CMO – Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização

CN – Congresso Nacional

CNM – Confederação Nacional de Municípios

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

EC - Emenda Constitucional

EP - Emenda Parlamentar

FAF – Fundo a Fundo

FNS - Fundo Nacional de Saúde

GND – Grupo de Natureza de Despesas

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LC - Lei Complementar

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

ME – Ministério da Economia

MP - Medida Provisória

MS - Ministério da Saúde

MTO – Manual Técnico de Orçamento

OMS - Organização Mundial da Saúde

OSS – Orçamento da Seguridade Social

PAC – Plano de Aceleração do Crescimento

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

PIB - Produto Interno Bruto

PLOA – Projeto de Lei Orçamentária Anual

PPA – Plano Plurianual

RCL – Receita Corrente Líquida

SAES - Secretaria de Atenção Especializada a Saúde

SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde

SE – Secretaria Executiva

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)

SGTES -Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SIOP – Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento

SISPROFNS - Sistema de Propostas do Fundo Nacional de Saúde

SOF – Secretaria de Orçamento Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

UF – Unidade da Federação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Problema	17
1.2 Justificativa.....	17
1.3 Objetivo.....	19
1.4 Estrutura do Trabalho	20
2 ARCABOUÇO TEÓRICO.....	21
2.1 A Lei Orgânica da Saúde e os princípios do SUS	21
2.1.1 Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.....	25
2.1.2 Descentralização político-administrativa	25
2.2 O financiamento público da saúde	26
2.2.1 A progressão histórica do financiamento do SUS	27
2.2.2 As três esferas de governo na gestão do SUS e sua relevância.....	30
2.3 Orçamento Público no Brasil	32
2.3.1 Emendas Parlamentares Individuais e o Orçamento Impositivo (EC 86/2015)	34
2.4 Aplicabilidade das Emendas Parlamentares Individuais e sua execução no Ministério da Saúde	39
3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	43
3.1 Abordagem da pesquisa.....	43
3.2 Natureza e objetivos da Pesquisa	43
3.3 Procedimentos Técnicos.....	44
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DO ESTUDO DE CASO	45
4.1 Distribuição e execução das emendas parlamentares individuais por ano.....	45
4.2 Distribuição e execução das emendas parlamentares por grupo de natureza de despesa e ação orçamentária	48
4.3 Distribuição e execução das emendas parlamentares por Unidade da Federação ...	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS	63

1 INTRODUÇÃO

O financiamento público da saúde é frequentemente colocado em xeque quando analisadas sua aplicabilidade e execuções orçamentárias e financeiras, uma vez que a Constituição Federal dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo previstos o acesso amplo, universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Sendo o Orçamento Geral da União atribuição prevista em lei, quando da definição de diretrizes, planejamento e execução, responsabilidade do Poder Executivo e tendo o Poder Legislativo, por força da Emenda Constitucional 86/2015, se tornado ator relevante quando da definição dos fins de um percentual específico desse orçamento, é que a atenção e o monitoramento da alocação e execução desse financiamento se mostrou de suma importância para as mais diversas categorias, que realizam e planejam as ações e serviços públicos em saúde em todas as esferas de governo.

O marco inicial do chamado “orçamento impositivo” originou-se com a apresentação no Senado Federal do Projeto de Emenda Constitucional 358 de 2013. A PEC 358/13 é fruto do desmembramento realizado pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da PEC 353, de 2013, ora arquivada pela mesa diretora da Câmara dos Deputados Federais, em que se entendeu a necessidade de resguardar o foco sobre o orçamento, priorizando alterações sobre os artigos 165 e 166 da Constituição Federal do Brasil.

A aprovação e promulgação dessa PEC levou dois anos de exaustivas discussões, principalmente no que dizia respeito à alocação dos recursos na saúde, uma vez que parte dos parlamentares considerava que a definição de valores baseados em Receita Corrente Líquida tenderiam a diminuir os recursos direcionados pelo governo federal para a área da saúde, contrariando o disposto pela Emenda Constitucional 29/2000, que estabelecia critérios e percentuais de aplicação por cada ente federado às ações e serviços públicos de saúde.

Por força da LDO de 2014, já havia sido instituído novo regramento orçamentário a fim de estabelecer a execução mínima obrigatória de montante relativo a programações decorrentes de emendas individuais. Assim, a aprovação da PEC 358/2013, consolidada pela promulgação da EC 86/2015, tornou obrigatória a execução orçamentária de todas as emendas parlamentares individuais às despesas fixadas na Lei Orçamentária Anual, ou seja aquelas apresentadas pelo corpo de parlamentares como autores individuais, desde que isentas de qualquer impedimento de ordem técnica e ainda a execução financeira de ao menos cinquenta por cento dessas mesmas

emendas dentro do ano corrente da Lei Orçamentária Anual, ao qual aquela emenda tenha sido apresentada.

1.1 Problema

À luz do que preconizam os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS estabelecidos pela sua Lei Orgânica, a Emenda Constitucional 86 trouxe uma mudança significativa ao modo de alocação e aplicabilidade dos recursos de emendas parlamentares individuais no financiamento da saúde pública no âmbito da esfera federal?

1.2 Justificativa

O financiamento do SUS é previsto constitucionalmente e definido como de acesso universal e integral, com destaque explícito para a origem orçamentária dos recursos, como eles devem ser utilizados e ainda estabelecendo qual a participação de cada ente federado nesse processo.

A partir da Constituição Federal de 1988, a instituição do acesso universal à saúde como direito primário do cidadão foi coerentemente acompanhada da inserção do Sistema Único de Saúde ao então institucionalizado Sistema de Seguridade Social, incorporando assim em uma única esfera orçamentária a saúde, a previdência e assistência social.

Desse modo, foram estabelecidos dentro do Orçamento da Seguridade Social critérios de arrecadação e distribuição de recursos que serviriam de base para custeamento desses benefícios, onde no tocante ao financiamento da saúde ficou previsto, conforme consta nos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), em seu artigo 55, uma vinculação de 30% (trinta por cento) dos recursos desse orçamento à saúde.

Foi ainda por meio da CF 88 que se definiu que estados, municípios e o Distrito Federal também participariam do financiamento do SUS, embora seus percentuais só tenham efetivamente sido determinados a partir da Emenda Constitucional 29, em 2000. A EC 29/2000, ainda em vigor, vincula recursos das três esferas de governo a serem obrigatoriamente gastos em ações e serviços públicos de saúde.

Enquanto a criação do Orçamento da Seguridade Social se atentou para a instituição de fontes estáveis para as três áreas da seguridade social, sem efetivamente vinculá-las, a emenda constitucional 29 vinculou especificamente recursos para SUS nas três esferas de governo.

Entretanto, somente após 10 anos, a regulamentação prevista no texto da emenda 29 foi finalmente aprovada por meio da Lei Complementar 141, de 16 de janeiro de 2012.

Apesar da definição de critérios, percentuais, fontes de arrecadação entre outras questões inerentes ao financiamento do SUS, a queixa quanto ao *subfinanciamento* e a dificuldade de promover assistência dentro do preconizado pela própria Constituição Federal e pelos princípios descritos na Lei Orgânica do SUS por parte dos gestores nas três esferas de governo é uma constante que ronda o financiamento da saúde pública no país.

Atender princípios como a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, igualdade na assistência à saúde, livre de preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, integralidade de assistência, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, obrigam os poderes executivos a prepararem seus Projetos de Leis Orçamentárias Anuais, com equilíbrio e critérios que favoreçam o cumprimento constitucional.

Dentre os princípios acima, a descentralização político-administrativa ganha destaque uma vez que esta pode ser desmembrada ainda em dois outros princípios de fundamental importância no ordenamento ao qual o SUS se propõe: a regionalização e a hierarquização.

De caráter basicamente público, universal e nacional, o SUS compreende um grupo amplo de ações que devem ser organizadas em forma de rede regionalizada e hierarquizada de serviços, sob gestão descentralizada e comando único em cada esfera de governo (Brasil, 1988, 1990).

A descentralização da política pública de saúde segue o desenho federativo brasileiro, tendo como foco a transferência de poder decisório, responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os estados e, no caso da atenção à saúde primária, dos municípios. Contudo, conhecer e entender a realidade de cada município e estado federado passou a ser um desafio para administração das políticas públicas de saúde no âmbito federal, principalmente no que concerne à distribuição de recursos voluntários para os demais entes federados.

É com a intenção de dirimir esse desafio e apresentar as necessidades das esferas estaduais e municipais que a figura das emendas ao Orçamento Geral da União surge como uma proposta de aproximação entre os governos estaduais, municipais e federais, uma vez que o Poder Legislativo na esfera federal, em sua natureza primária, figura como um representante direto e legitimamente eleito dos anseios da população a qual representa.

A inserção de emendas parlamentares ao orçamento geral da união, portanto, passa a ser então uma extensão do poder legislativo no estabelecimento de prioridades e definição de critérios para alocação de recursos federais. Assim, é inegável que a figura do Orçamento

Impositivo, tomou ao longo dos anos um protagonismo no que tange à distribuição e alocação dos recursos públicos aplicados em ações e serviços de saúde.

Por conseguinte, compreender como se dá a alocação desses recursos, relacionando aspectos como o regionalismo e a integralidade da assistência, em detrimento da *impositividade* do orçamento ser uma forma ativa de participação do poder Legislativo na maneira como o Executivo deve realizar seu planejamento orçamentário, é que essa pesquisa se faz relevante, a fim de que sejam identificados parâmetros que balizem e fundamentem esse “modus operandi” compartilhado entres os dois poderes na gestão dos recursos federais.

1.3 Objetivo

O objetivo principal desse trabalho é analisar se a alocação dos recursos de emendas parlamentares individuais, com o advento do orçamento impositivo, vem sendo realizada como preconizado pela Constituição Federal e pela Lei 8080/90, conhecida como lei orgânica do Sistema Único de Saúde.

Espera-se identificar os padrões de alocação desses recursos quando direcionados pelo Poder Legislativo, em função dos princípios constitucionais tais como regionalização e integralidade na cobertura e assistência ampla da saúde, além de identificar os padrões de execução orçamentária e financeira por parte do Poder Executivo em períodos anteriores ao marco legal da do orçamento impositivo das emendas parlamentares sua realização em período posterior a essa determinação.

Os objetivos secundários podem ser listados abaixo:

- a) Demonstrar os princípios constitucionais que regem o Sistema Único de Saúde;
- b) Apresentar o financiamento da saúde pública no Brasil, suas principais características bem como aspectos históricos e legais;
- c) Expor a composição funcional do Orçamento Geral da União, com ênfase no Orçamento Impositivo das Emendas Parlamentares;
- d) Analisar os padrões de execução orçamentária e financeira realizados pelo governo federal, no âmbito do Ministério da Saúde, quando da utilização dos recursos de emendas parlamentares individuais.

1.4 Estrutura do Trabalho

A estrutura do trabalho compreende cinco capítulos, além da introdução e considerações finais. No primeiro capítulo será realizada uma exposição dos marcos constitucionais e legais da criação do Sistema Único de Saúde e a forma como é implementado hoje. No segundo capítulo será demonstrado como se dá o financiamento da saúde pública brasileira nas três esferas de governo, com ênfase na esfera federal. O capítulo seguinte conterá aspectos inerentes ao Orçamento Geral da União e a criação, formalização e execução das emendas parlamentares impositivas, ou seja, de execução obrigatória. O quarto capítulo, por sua vez, tem como foco da demonstração de como esses recursos estão distribuídos dentro das áreas de abrangência do Ministério da Saúde em consonância com suas políticas de saúde e o quinto e último capítulo trará a análise dos dados encontrados e sua relação entre os anos de aplicabilidade dos recursos, pré ou pós marco legal da *impositividade*, as políticas públicas de saúde adotadas no âmbito da esfera federal, os estados federados em que esses recursos são aplicados, em consonância ainda com os critérios adotados pelo poder legislativo para definição desses parâmetros de distribuição orçamentária.

2 ARCABOUÇO TEÓRICO

Compreender como historicamente foi instituído o Sistema Único de Saúde brasileiro, a definição de princípios e critérios a serem seguidos, a fim de que se alcançasse o estabelecido constitucionalmente, e ainda a fundamentação legal e doutrinária para a execução orçamentária e financeira dos recursos alocados nas ações e serviços públicos de saúde são objetos ímpares desse estudo.

Tais definições servirão de alicerce para a construção de um entendimento quanto a efetividade do orçamento impositivo em justaposição com o que é preconizado pelos princípios basilares do SUS, utilizando como base os valores alocados pelo governo federal, no intervalo compreendido entre os anos de 2010 e 2019, nas ações e serviços públicos em saúde, exclusivamente com recursos de emendas parlamentares.

2.1 A Lei Orgânica da Saúde e os princípios do SUS

O Sistema Único de Saúde – SUS como foi original e constitucionalmente pensado configura primordialmente o modelo público das ações e serviços de saúde brasileiro. Tendo como determinantes princípios e diretrizes válidos em todo âmbito nacional, se baseando na percepção do direito ao acesso amplo à saúde e na atuação do poder estatal na garantia desses mesmos direitos.

Com o declínio do regime militar o Brasil vivenciou uma expansiva experiência de reformas e redefinições em seu regime democrático, principalmente no que cabia aos sistemas como de educação e saúde públicos. No âmbito da saúde o marco desse tempo foi, primordialmente, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, onde foram lançadas oficialmente as diretrizes para a construção de um sistema de saúde único e descentralizado, onde a saúde passa ser vista como um dever do Estado.

Cinco dias de debates, mais de quatro mil participantes, 135 grupos de trabalho e objetivos muito claros: contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde e subsidiar as discussões sobre o setor na futura Constituinte. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: ‘A saúde como dever do Estado e direito do cidadão’, ‘A reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘O financiamento setorial’. (conselho.saude.gov.br, 2019)

O relatório final dessa conferência serviu de base para a definição das mudanças necessárias para a melhoria do sistema de saúde brasileiro e deixou claro que estes não seriam alcançados apenas com reforma administrativa e financeira, mas sim com a necessidade da

ampliação do conceito de saúde, além de uma revisão legislativa que atendesse a essa necessidade, levando assim a discussão em debates realizados pelas categorias envolvidas, culminando na aprovação da Constituição de 1988.

Ao longo do processo constituinte, a pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos obteve êxito ao introduzir no texto constitucional o “Título VIII – Da Ordem Social” um capítulo (II) específico sobre a seguridade social (Brasil, 1988). Esse capítulo traz fundamentalmente a preocupação com o bem-estar social, a justiça e a igualdade, concretizados por meio dos direitos sociais.

Conforme Giovanella (2012) aponta, foi nesse contexto de articulação e integração das políticas sociais que foram estabelecidos os fundamentos que, pela primeira vez em nossa história, orientaram a inscrição da saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado.

Assim, a inicialização do SUS se dá oficialmente a partir da década de 90, por meio da publicação da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei essa conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que tem como disposição preliminar em seu art. 1º regular em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executadas isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. (BRASIL, 1990).

Em seu preâmbulo fica estabelecido que a lei disporá sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, porém uma de suas principais características é a definição clara de objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, competências organizacionais e ainda o financiamento e suas nuances, quando da gestão dos recursos, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.

A Lei n. 8.080, de 1990, art. 4º define o SUS como “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Em que estão incluídas ainda as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, até mesmo de sangue e hemoderivados, e equipamentos para saúde. Também é estabelecido nesse mesmo artigo que a iniciativa privada poderá participar em caráter complementar, desde que sejam previamente estabelecidos contratos e convênios entre as instituições privadas e o Estado, obedecidas as normas do direito público.

O SUS, portanto não é composto somente por serviços públicos, mas também por uma ampla rede de serviços privados, principalmente hospitais e unidades de

diagnose e terapia, que são remunerados com recursos tributários destinados à saúde. O financiamento, oriundo diversas receitas arrecadadas pela União, estados e municípios, permite que o acesso às ações e serviços do SUS não esteja condicionado à capacidade de pagamento prévio das pessoas. (GIOVANELLA, 2012)

O sistema de saúde no Brasil é integrado por sistemas diversos. Há o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no artigo 198 da Constituição e concebido para organizar as ações e os serviços públicos de saúde. Além do público, tem-se o sistema privado e o sistema responsável pelos serviços de saúde dos Ministérios Militares.

Segundo Fernando Aith,

Formado pela rede de ações e serviços públicos de saúde prestados no país, o SUS reúne em si todas as instituições jurídicas que desenvolvem ações e serviços públicos de saúde no Brasil (...) note-se que, embora seja uma instituição jurídica de extrema importância para o Direito Sanitário, o SUS não possui personalidade jurídica própria. Trata-se de um Sistema, dotado de todos os elementos que caracterizam uma instituição-organismo – conjunto individualizado, organização interna estabelecida em conformidade com o Direito positivo, inserção na ordem geral das coisas e situação jurídica permanente – mas que ainda não evoluiu para um formato com personalidade jurídica própria. A definição do Sistema Único de Saúde passa pela compreensão do conjunto de normas jurídicas que define os seus integrantes, estabelece o seu campo de atuação, cria os seus mecanismos de ação e prevê formas de sanção para quaisquer descumprimentos (AITH, Fernando. Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007, p. 341-342.)

O artigo 196 da Constituição da República estabelece objetivos para o SUS, ao prever a adoção de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Também o artigo 5º da Lei Federal nº 8.080/90 tratou da matéria, senão vejamos:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Se o artigo 196 prescreve o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde, no artigo 198 encontramos a definição de uma rede regionalizada e hierarquizada a constituir um sistema único, sujeito a diretrizes específicas. Daí podem ser extraídos alguns princípios basilares: a) o do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços do SUS; b) o da regionalização; c) o da hierarquização.

Os incisos do artigo 198 da CF/88 estabelecem diretrizes a serem observadas pelo sistema: I) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III) participação da comunidade. O artigo 7º da Lei Federal nº 8.080/90 reiterou as determinações constitucionais, assim normatizando a matéria:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Antes da Constituição de 1988 o atendimento público em saúde era reservado somente àqueles que contribuíam para o sistema de previdência e assistência social. Aos demais, não “segurados”, recusava-se o acesso ao serviço, cabendo a esses então recorrer aos serviços prestados pelas instituições religiosas, hoje difundidas como entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, entre elas as Santas Casas de Misericórdia. Foi em 1988 que a Constituição instituiu a responsabilidade do Estado pela saúde dos seus cidadãos, independentemente de serem contribuintes previdenciários ou não.

Quanto à integralidade da assistência, o Estado deve fornecer os recursos que estiverem a seu alcance para a preservação e recuperação da saúde do cidadão, o que abrange as atividades preventivas de proteção da saúde e os serviços de tratamento de enfermidades, respeitados os limites do sistema e da política pública eficazmente elaborada e realizada.

Para fins de análise desse estudo o foco recairá basicamente sobre os princípios da universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência e da descentralização político-administrativa.

2.1.1 Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência

O acesso universal estabelece que todos têm direito a obter atendimento em todas as ações e serviços de saúde que venham necessitar, não tendo relevância o nível de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos, conforme dispõem Noronha, Lima e Machado (2014).

Tal princípio resultou na substituição do modelo exercido anteriormente, em que apenas aqueles que eram contribuintes da previdência social faziam jus aos serviços de saúde públicos e àqueles privados, desde que credenciados ao sistema previdenciário.

Com a universalidade, as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos de serviços: as despesas com os riscos de adoecimento e o financiamento passam a ser repartidos de forma solidária entre grupos de diferentes classes de renda, sendo de reponsabilidade de toda a sociedade. (NORONHA, 2014)

A universalidade está intimamente ligada ao princípio da integralidade, garantindo assim, que o alcance da assistência vá desde ações e serviços da atenção primária à saúde, até àquelas de média e alta complexidade, além do fornecimento de insumos e assistência farmacêutica e outras ações e políticas específicas a cada nicho populacional, como por exemplo atenção à saúde indígena e povos ribeirinhos.

2.1.2 Descentralização político-administrativa

A descentralização consiste basicamente na redefinição de responsabilidades entre os entes federados, dando significância a atuação dos poderes executivos das três esferas de governo nas políticas de saúde.

Conforme apontado por Noronha, Lima e Machado, o fortalecimento desses governos se justifica como forma de promover a democratização, melhorar a eficiência, a efetividade e os mecanismos de prestação de contas e acompanhamento das políticas públicas.

Entretanto, uma vez que a problemática da saúde não se apresenta de maneira consistente e uniforme em todo o território nacional, fez-se presente a necessidade da organização de uma rede de serviços e de atenção à saúde. Assim, de forma planejada, possibilita-se a atuação em diversas frentes simultâneas, porém que atendam às diferentes necessidades e dinâmicas territoriais (regionalização), onde se mantenha ainda uma linha hierárquica entre os serviços (princípio da hierarquização dos serviços de saúde).

Noronha, Lima e Machado (2014) definem, portanto, rede de atenção à saúde como um conjunto de estabelecimentos, com diversas funções e perfis de atendimento, operando de modo ordenado e articulado em todo território nacional, atendendo as diversas necessidades de saúde da população, onde os equipamentos e serviços que compõem essa rede funcionam como pontos de atenção e cuidado, podendo ser encontrados em acordo com as ações desenvolvidas, tipos de casos atendidos e formas de atendimentos prestados.

Em outras palavras a rede se organiza de modo que os atendimentos comecem inicialmente na rede de atenção primária, que visa além de ações de cuidados preventivos, uma verificação prévia dos agravos, para que somente assim ocorra um encaminhamento aos serviços de média e alta complexidade, onde a atuação se dá de maneira específica à necessidade apresentada.

Nessa ótica a distribuição da rede se organiza de forma que a atenção primária esteja em todo o território nacional, cabendo sua atuação diretamente às esferas municipais, devido sua capilaridade, e que a atenção da média e alta complexidade se dê maneira regionalizada, centrando as atividades de atendimento em polos regionais, em geral de responsabilidade da esfera estadual. Ressalva-se ainda a atuação da esfera nacional, por meio do Ministério da Saúde, que visa dar o direcionamento e as orientações quanto às políticas públicas de saúde. Porém, é preciso deixar claro que uma instância não se sobrepõe a outra, mantendo de maneira equânime a independência entre as esferas, permitindo que elas atuem de forma complementar umas às outras.

2.2 O financiamento público da saúde

O financiamento de sistemas de saúde diz respeito diretamente às fontes de recursos pelos quais se darão os gastos em saúde de uma determinada população, conforme afirmam Ugá, Porto e Piola (2014). Podendo esses gastos serem realizados pelo Estado, em suas três esferas de governo; pelas famílias, quando fazem uso direto de serviços de saúde, compra de medicamentos ou contratação de planos privados de saúde; e ainda pelas empresas, quando estas aderem a planos de saúde coletivos aos seus funcionários.

Basicamente o investimento público em saúde se dá por meio da arrecadação de impostos e vinculação de contribuições sociais, e ainda, em alguns casos específicos, da participação de empréstimos e doações diretas de organismos internacionais.

2.2.1 A progressão histórica do financiamento do SUS

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 apresentou a Saúde a partir de um capítulo específico, onde a promoção aos serviços públicos de saúde foi mencionada com a devida relevância, tendo assim, portanto, sido o marco de criação do Sistema Único de Saúde, com destaque inclusive para os meios de financiamento e divisão entre os entes federados.

Com o viés de desvincular o acesso à saúde da obrigatoriedade da contribuição social e atendimento restrito aos contribuintes, o art. 194 da CF traz uma nova perspectiva para a seguridade social, ampliando seu escopo não apenas à questão previdenciária, mas também englobando a assistência social e a saúde, visando assim assegurar esses direitos de maneira equivalente. E em seu art. 195 define os meios que servirão como base para seu financiamento:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;(incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

b) a receita ou o faturamento;(incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

c) o lucro;

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, podendo ser adotadas alíquotas progressivas de acordo com o valor do salário de contribuição, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo Regime Geral de Previdência Social;(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (BRASIL, 1988)

Já o §2º do art. 198, expõe que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recurso mínimos derivados da Receita Corrente Líquida, com percentual mínimo de 15% para a União (percentual definido com base na recente Emenda Constitucional 86), e para os Estados, DF e Municípios, com base na arrecadação de impostos, onde os percentuais que seriam definidos em Lei Complementar.

Ao longo dos anos, ficou claro que a não publicação da Lei Complementar prevista constitucionalmente, e com isso a ausência de parâmetros que definissem os valores a serem aplicados pelos estados e municípios, a União foi sendo onerada com a maior parte dos recursos a serem alocados ao SUS. Visando incrementar esse aporte de recurso e com vistas a dirimir discussões polêmicas como o subfinanciamento da saúde, bem como afim de garantir os serviços estabelecidos constitucionalmente, decisões por parte da equipe econômica do governo

federal foram tomadas. Entre elas e talvez a mais conhecida e polêmica tenha sido a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF.

Criada em 1996, com objetivo de financiar melhoramentos na rede pública de saúde, a CPMF consistia em um imposto provisório sobre quase todas as movimentações financeiras nas redes bancárias, chegando a determinado momento a uma alíquota de 0,38%. Com o passar dos anos e constantes prorrogações, a destinação do recurso perdeu sua vinculação exclusiva para a saúde, passando a atender também outras pastas, sendo por fim extinta em definitivo em 2007.

Uma vez que a Lei Complementar ora prevista no art. 198 não havia sido publicada até então, em 2000, a Emenda Constitucional 29, estabeleceu vinculação de receita e percentuais mínimos de aplicação de recursos nas três esferas governamentais, com direcionamento específicos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A serem aplicados conforme segue:

Art. 7º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77:

"Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:" (AC)

"I – no caso da União:" (AC)

"a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;" (AC)

"b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;" (AC)

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e" (AC)

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º." (AC)

"§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento." (AC)

"§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei." (AC)

"§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal." (AC) (BRASIL, Emenda Constitucional nº 29/2000)

Somente após 12 anos da regulamentação da EC 29, a Lei Complementar prevista inicialmente no art. 198 foi aprovada em 16 de janeiro de 2012, passando a ser conhecida como LC 141/2012. Nela foram estabelecidos com clareza o que são Ações e Serviços Públicos de Saúde, assim como dispôs sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União,

Estados, Distrito Federal e Municípios, e ainda estabeleceu critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde a as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nessas esferas.

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde. (BRASIL, LC 141/2012)

A partir de 2015 surge um novo condicionante na definição de critérios da aplicação desses recursos, condicionante esse objeto central desse estudo. A Emenda Constitucional 86, de 17 de março de 2015, alterou os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, tornando obrigatória a execução da programação orçamentária e financeira, no que dispunha a aplicação de recursos de emendas parlamentares individuais a despesa orçamentária anual da União.

As Emendas Constitucionais 29/2000 e 86/2015 estabeleceram não apenas as fontes de arrecadação para o orçamento do SUS, como também a distribuição progressiva da participação de cada ente nesse financiamento.

Entretanto, a publicação da Emenda Constitucional 95/2016, conhecida como emenda do teto dos gastos, definiu o “congelamento” do financiamento de ações do governo federal, dentre elas as ações e serviços públicos em saúde, pelo período de 20 anos, sendo realizada apenas a reposição das perdas com a inflação.

Tal congelamento foi visto como uma medida extrema para diversos órgãos, como por exemplo os Conselhos de Saúde, e suscitou diversos questionamentos quanto ao *subfinanciamento* histórico do SUS.

Os representantes dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde alegam que a Emenda Constitucional 29, ao estabelecer um limite mínimo a ser alocado nas ações e serviços públicos de saúde, acabou na realidade determinando uma espécie de Piso que na prática era visto como um Teto, uma vez que os entes federados ao cumprirem com o princípio constitucional se eximiam das reais necessidades apontadas pelos planejamentos de saúde propostos.

Por sua vez a EC 86, que estabeleceu que os valores a serem repassados seriam calculados com base na Receita Corrente Líquida da União, terminou sendo engessada em função da EC 95, o que acarretou progressivamente a alocação que cabe ao governo federal paralisado num valor inferior ao que era tratado antes, com base no Produto Interno Bruto.

2.2.2 As três esferas de governo na gestão do SUS e sua relevância

O Capítulo III da Lei 8080, de 1990, trata da organização, direção e da gestão do SUS, definindo entre outras questões quais os entes responsáveis em cada esfera de governo, assim como os demais atores envolvidos e suas respectivas atribuições.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, Lei 8.080/1990)

Assim, pode-se dizer que o SUS é gerido em âmbito técnico e político, sendo que o político se dá no relacionamento dos gestores locais diretos (chefes dos poderes executivos e seus respectivos secretários da pasta da saúde) com os demais atores sociais envolvidos, entre eles, poderes legislativos, judiciários e a própria sociedade, por meio de seus conselhos de representação.

E no âmbito técnico, se destacam quatro grandes grupos de funções gestoras nos campos de atenção à saúde, conforme apresentam Noronha, Lima e Machado, onde cada uma dessas funções são exercidas de maneira diferenciada pelos entes, conforme regulamentações específicas a cada ramo de atuação:

- 1) Formação de políticas e planejamento;
- 2) Financiamento;
- 3) Regulação;
- 4) Prestação direta de ações e serviços de saúde;

No SUS as instâncias de negociação e decisão envolvem a participação das diferentes esferas de governo e de grupos representativos dos interesses da sociedade. Destaca-se a participação dos gestores nos conselhos de Saúde, nos conselhos de representação dos secretários de Saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems; Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde dos estados – Cosems), na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e nos Colegiados de Gestão Regional (ou Comissões Intergestores Regionais). (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2014)

O corpo da própria Lei Orgânica do SUS define claramente atribuições que cabem a cada um desses gestores, tais como os dispostos no artigo 15, definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados em cada ano à saúde; acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população, entre outros.

Além das atribuições, na Lei Orgânica do SUS são também elencadas as competências inerentes a cada esfera, em que podem ser citadas a título de exemplificação: na esfera federal, a normalização e a coordenação geral do sistema em âmbito nacional, em parceria com os estados e municípios, aos quais o Ministério da Saúde, enquanto órgão da gestão central no âmbito da União, deve oferecer cooperação técnica e financeira; Aos estados competem o planejamento do sistema estadual regionalizado e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios, entre outras; e por fim aos municípios cabe, entre diversas outras competências, a gestão do sistema de saúde no âmbito do seu território, com o gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a regulação de prestadores de serviços de saúde privados.

O detalhamento de competências e atribuições específicas dos gestores é registrado em lei, mas outros instrumentos também são utilizados para regulamentação federal e estadual das matérias da saúde, em geral por meio de portarias, decretos e resoluções. Além das normas técnicas existem ainda aquelas que são fruto das decisões tomadas em conjunto por meio das reuniões realizadas entre os membros integrantes das Comissões Intergestoras (CIB e CIT), das comissões técnicas colegiadas, entre outros atores, que atuam como instâncias de pactuação e negociações intergovernamentais, visando conciliar as características do sistema federativo brasileiro e os princípios e diretrizes do SUS.

2.3 Orçamento Público no Brasil

O orçamento público é o instrumento de planejamento que estima as receitas que o governo espera arrecadar ao longo do exercício orçamentário e, com base nessa estimativa, autoriza um limite de despesas a serem realizadas com tais recursos.

A Lei 4.320/64 estatui normas gerais para elaboração e controle dos orçamentos da União, Estados, Municípios e do Distrito Federal. Nela encontram-se as definições de receitas, despesas, bem como a definição de critérios e princípios a serem obedecidos quando da elaboração do plano orçamentário, contendo, inclusive, orientações quanto a forma de execução desse orçamento.

A Constituição Federal de 88, traz no inciso II do art. 24 a competência à União, aos Estados e ao Distrito Federal de legislar concorrentemente sobre orçamento. Já em seu art. 48 atribui ao Congresso Nacional a incumbência de dispor sobre as matérias, no âmbito da União, que tratem do Plano Plurianual, Diretrizes Orçamentárias, Orçamento Anual, entre outros, peças essas tidas como fundamentais na estruturação do plano orçamentário e financeiro de qualquer ente, conforme disposto no art. 165, do mesmo instrumento legal.

Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

I - o plano plurianual;

II - as diretrizes orçamentárias;

III - os orçamentos anuais.

§ 1º A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

§ 2º A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento. (BRASIL, CF, 1988)

Em que pese a Lei ser de 1964, ou seja anterior à Carta Magna vigente, imperam ainda as definições de receitas e classificação das despesas, assim como outros princípios ora definidos:

Art. 9º Tributo é a receita derivada instituída pelas entidades de direito público, compreendendo os impostos, as taxas e contribuições nos termos da constituição e das leis vigentes em matéria financeira, destinando-se o seu produto ao custeio de atividades gerais ou específicas exercidas por essas entidades.

Art. 11º, § 1º - São Receitas Correntes as receitas tributária, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e outras e, ainda, as provenientes de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, quando destinadas a atender despesas classificáveis em Despesas Correntes. (Redação dada pelo Decreto Lei nº 1.939, de 20.5.1982) § 2º - São Receitas de Capital as provenientes da realização de recursos financeiros oriundos de constituição de dívidas; da conversão, em espécie, de bens e direitos; os recursos recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, destinados a atender despesas classificáveis em Despesas

de Capital e, ainda, o superávit do Orçamento Corrente. (Redação dada pelo Decreto Lei nº 1.939, de 20.5.1982) (...)

Art. 12, § 1º Classificam-se como Despesas de Custeio as dotações para manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive as destinadas a atender a obras de conservação e adaptação de bens imóveis. § 2º Classificam-se como Transferências Correntes as dotações para despesas as quais não corresponda contraprestação direta em bens ou serviços, inclusive para contribuições e subvenções destinadas a atender à manifestação de outras entidades de direito público ou privado. (. (BRASIL, Lei 4.320/64)

Os princípios orçamentários estão estabelecidos e disciplinados tanto por normas constitucionais e infraconstitucionais quanto pela doutrina e visam estabelecer regras basilares, com vistas a imprimir racionalidade, eficiência e transparência aos processos de elaboração, execução e controle do orçamento público, e anualmente o Ministério da Economia, por meio da Secretaria de Orçamento Federal, edita um Manual Técnico de Orçamento, onde constam compilados os principais aspectos a serem observados quando da formalização do instrumento orçamentário.

Cada ente federado tem autonomia para elaborar seu orçamento em acordo com a legislação vigente, bem como com as Constituições e Leis Orgânicas que os institui, porém, se tratando do Orçamento Federal, este é o único documento constituído por três partes: Orçamento Fiscal, Orçamento da Seguridade Social (onde se enquadra o objeto desse estudo) e Orçamento de Investimento das Empresas Controladas pela União, assim como descrito no §5º do art. 165, da CF/88.

O orçamento fiscal contempla os poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da Administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público. O orçamento de investimento direciona-se para as empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto. Por último, tem-se o orçamento da seguridade social, que abrange todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da Administração direta ou indireta, bem como os fundos e as fundações instituídas e mantidas pelo poder público. (NASCIMENTO, 2009)

Outro marco importante para o controle e as boas práticas da execução orçamentária e financeira, foi a publicação da Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, conhecida com a Lei de Responsabilidade de Fiscal, que estabeleceu normas de finanças públicas para a responsabilidade na gestão fiscal e deu providências voltadas aos gestores das três esferas de governo.

Art. 1º Esta Lei Complementar estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, com amparo no Capítulo II do Título VI da Constituição.

§ 1º A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária,

operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar. (BRASIL, LC 101/2000)

Em complemento ao texto legal Nascimento comenta:

A referida lei tem por escopo sedimentar o regime de gestão fiscal responsável, mediante a implementação de mecanismos legais que deverão nortear os rumos da Administração Pública. Constitui, pois, um código de conduta gerencial a ser observado, doravante, na condução da coisa pública. Traça limites, estabelece controle e oferece elementos balizadores acerca dos gastos públicos, bem como sobre o fluxo de recursos financeiros necessários à sua efetiva realização. (NASCIMENTO, 2009)

Sendo estas algumas das características do orçamento público, seus principais instrumentos e legislações pertinentes, torna-se fundamental discorrer especificamente sobre o chamado Orçamento Impositivo. Figura inerente ao planejamento orçamentário que coloca em concorrência a exclusividade do poder executivo, enquanto responsável pela elaboração da peça orçamentária, e abre um protagonismo ao poder legislativo, agora como articulador e direcionador dos recursos de emendas parlamentares às despesas. Tornando-as de execução obrigatória, ou seja, atuando diretamente na alocação destes em consonância com as políticas públicas ora desenvolvidas pelo poder executivo.

2.3.1 Emendas Parlamentares Individuais e o Orçamento Impositivo (EC 86/2015)

Como explicitado anteriormente, a CF/88, em seu art. 165, estabelece três leis orçamentárias, todas de iniciativa privativa do chefe do Poder Executivo: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

De um ponto de vista geral, é possível dizer que o PPA é a lei orçamentária mais abstrata de todas, já que trata dos grandes objetivos da Administração pelo prazo de quatro anos, enquanto a LOA é a mais concreta, pois tem a função de estabelecer, detalhadamente, as receitas e despesas públicas de um dado exercício (PISCITELLI, Tathiane. Direito financeiro esquematizado. 4ª Ed. São Paulo: Método, 2014, pág. 47).

Consolidada a proposta e submetida ela ao crivo do Congresso Nacional, indaga-se em que situações o projeto de lei poderia sofrer alterações. De um lado, o próprio chefe do Poder Executivo pode alterar o projeto de lei orçamentária através de mensagem encaminhada ao Congresso Nacional, desde que ainda não tenha sido iniciada a votação, pela Comissão Mista Permanente, da parte cuja alteração é proposta, nos termos do art. 166, §5º, CF/88. Por outro lado, no âmbito da iniciativa parlamentar, também são possíveis alterações por emendas, porém

não de forma indiscriminada. No caso da LOA, tais emendas parlamentares deverão obedecer ao §3º do art. 166 da CF/88, o qual determina:

Art. 166 – Os projetos de lei relativos ao plano plurianual, às diretrizes orçamentárias, ao orçamento anual e aos créditos adicionais serão apreciados pelas duas Casas do Congresso Nacional, na forma do regimento comum.

(...)

§ 3º As emendas ao projeto de lei do orçamento anual ou aos projetos que o modifiquem somente podem ser aprovadas caso:

I - sejam compatíveis com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias;
II - indiquem os recursos necessários, admitidos apenas os provenientes de anulação de despesa, excluídas as que incidam sobre:

- a) dotações para pessoal e seus encargos;
- b) serviço da dívida;
- c) transferências tributárias constitucionais para Estados, Municípios e Distrito Federal; ou

III - sejam relacionadas:

- a) com a correção de erros ou omissões; ou
- b) com os dispositivos do texto do projeto de lei.

Ainda que o orçamento não seja, em geral, impositivo, grande parte das receitas estatais tem destinação própria e específica, a exemplo daquelas constitucionalmente vinculadas a determinadas finalidades.

No Brasil, o orçamento é, via de regra, autorizativo e não impositivo. Desse modo, o que se tem é mera previsão de gastos, que serão realizados de acordo com a disponibilidade das receitas arrecadadas no exercício. A previsão de uma dada despesa não necessariamente implica sua realização, já que o Poder Executivo tem a discricionariedade de ajustar os gastos públicos diante das necessidades que se realizam ao longo do exercício. (PISCITELLI, Tathiane. Direito financeiro esquematizado. 4ª Ed. São Paulo: Método, 2014, pág. 58).

Foi a partir da Lei 12.919, de 24 de dezembro de 2013, que dispunha sobre as diretrizes para elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2014, que a figura do Orçamento Impositivo de emendas parlamentares individuais se fez presente no cotidiano da execução orçamentária e financeira do Orçamento Geral da União. Em seu art. 52, a LDO 2014, apresentou aspectos hoje corriqueiros no dia a dia de quem trabalha diretamente com a execução das emendas impositivas, pois esse artigo foi precursor do que seria posteriormente apresentado pela Emenda Constitucional 86, de 17 de março de 2015, que efetivamente consolidou o chamado orçamento impositivo.

A principal mudança promovida pela EC 86/2015 foi a reserva do percentual de 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL), dentro da proposta orçamentária apresentada pelo Poder Executivo, como limite destinado às emendas individuais parlamentares à Lei Orçamentária Anual. Nessa perspectiva, é obrigatória, ao Poder Executivo, a realização das programações orçamentárias oriundas de emendas parlamentares de 1,2% da RCL projetada no exercício

anterior, conforme critérios de execução equitativa da programação definidos em lei complementar.

No entanto, o poder de emendar não é livre, curvando-se a certos requisitos constitucionais. Conforme § 9º do art. 166 da CF/88, metade do percentual referido será destinado a despesas com ações e serviços públicos de saúde, em reforço à já existente vinculação constitucional de receitas para a área da saúde, caracterizando mais uma exceção ao princípio da não afetação da receita pública. Ainda assim, essa verba destinada à saúde será computada no cálculo do limite constitucional de despesas com ações e serviços públicos de saúde, a teor do art. 198 da CF/88; porém o § 10º do art. 166 veda, taxativamente, o financiamento por emendas de despesas com pessoal e encargos.

É permitido que valores de restos a pagar sejam computados, para fins de cálculo do percentual de 1,2%, até o limite de 0,6% da RCL do exercício anterior. Essa obrigatoriedade da execução orçamentária das emendas parlamentares só poderá ser afastada nos casos de impedimentos de ordem técnica e legal previstos em lei complementar. Passa a ser obrigatório, outrossim, a transferência de verbas derivadas de emendas parlamentares individuais a Estados, Distrito Federal e Municípios, sendo defeso o seu bloqueio em razão da inadimplência do ente federativo beneficiado e, excluídos seus valores do conceito de RCL, para fins do cálculo dos limites da despesa com pessoal dos referidos entes. Por outro lado, é permitida a redução da verba destinada às emendas na mesma proporção da reestimativa da receita ou despesa que possa vir a comprometer os resultados fiscais almejados pela LDO. Havendo impedimento de ordem técnica no empenho da despesa, os §§ 14º e 15º do art. 166 da CF/88 propugnam a seguinte solução:

§ 14. No caso de impedimento de ordem técnica, no empenho de despesa que integre a programação, na forma do § 11 deste artigo, serão adotadas as seguintes medidas:

I - até 120 (cento e vinte) dias após a publicação da lei orçamentária, o Poder Executivo, o Poder Legislativo, o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública enviarão ao Poder Legislativo as justificativas do impedimento;

II - até 30 (trinta) dias após o término do prazo previsto no inciso I, o Poder Legislativo indicará ao Poder Executivo o remanejamento da programação cujo impedimento seja insuperável;

III - até 30 de setembro ou até 30 (trinta) dias após o prazo previsto no inciso II, o Poder Executivo encaminhará projeto de lei sobre o remanejamento da programação cujo impedimento seja insuperável;

IV - se, até 20 de novembro ou até 30 (trinta) dias após o término do prazo previsto no inciso III, o Congresso Nacional não deliberar sobre o projeto, o remanejamento será implementado por ato do Poder Executivo, nos termos previstos na lei orçamentária.

§ 15. Após o prazo previsto no inciso IV do § 14, as programações orçamentárias previstas no § 11 não serão de execução obrigatória nos casos dos impedimentos justificados na notificação prevista no inciso I do § 14.

Ainda sobre as características das emendas parlamentares, a Resolução n. 01/2006, do Congresso Nacional, posteriormente ajustada em partes pela n. 03/2015, dispôs sobre as comissões mistas permanentes de Senadores e Deputados, quando da elaboração e tramitação de matérias afetas aos projetos de lei que tratem as questões orçamentárias, criando portanto a Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização, doravante chamada CMO.

Nessa resolução são apresentadas as atribuições e competências da CMO, com destaque a Seção VI – da avaliação da despesa.

Entre os principais aspectos das emendas parlamentares às despesas destacam-se os tipos de emendas, individuais e coletivas, a seguir elencadas como:

- a) Emendas individuais – aquelas apresentadas por cada parlamentar, enquanto indivíduo representante de uma praça eleitoral, em que a eles pesem o limite de alocação dos 1,2% da RCL; de execução obrigatória, ressalva guardados os casos de impedimento técnico, ora mencionados; distribuídos de maneira equânime entre a quantidade de parlamentares das duas casas do Congresso, no exercício do mandato à frente da votação do Projeto de Lei Orçamentária a ser emendada; cabendo a cada congressista o limite máximo de edição de 25 emendas;
- b) Emendas de Bancada Estadual – aquelas apresentadas pelos representantes das matérias de interesse de cada base estadual ou do Distrito Federal formadas conjuntamente pelas duas casas; podendo ser distribuídas em no mínimo 15 e no máximo 20 emendas;
- c) Emendas de Comissão: apresentadas pelas comissões permanentes do Senado Federal e da Câmara dos Deputados e ainda aquelas das comissões mistas permanentes do Congresso Nacional, devendo ser de caráter institucional e representar interesses nacionais, podendo ser listadas em até 8 emendas;
- d) Emendas do Relator-Geral: pode apresentar em seu relatório ajuste, cancelamentos ou acréscimos às emendas coletivas.

A exemplo da EC 86/2015, em 26 de junho de 2019 foi publicada a Emenda Constitucional nº 100, que por sua vez trata da obrigatoriedade da execução da programação orçamentária proveniente de emendas de bancada de parlamentares de Estado ou do Distrito Federal, além de outros aspectos específicos à esse tipo de emenda. Às emendas de bancada estarão garantidas a executoriedade de até 1% (um por cento) da Receita Corrente Líquida realizada no exercício anterior, ressalvados os casos que caracterizarem impedimento de ordem técnica, assim como ocorre nas emendas individuais. Por se tratar de uma imposição apresentada a partir de 2019, não haveriam dados comparativos suficientes para que as emendas

de bancadas fossem consideradas no escopo dessa pesquisa, considerados o foco entre os períodos pré e pós orçamento impositivo.

Salientados os aspectos técnicos que envolvem as emendas parlamentares individuais a partir da publicação da EC 86, se faz necessário um aditamento quanto aos aspectos políticos que envolveram a edição de tal norma.

Sendo, até 2013, a execução do orçamento, no que cabia especificamente às transferências voluntárias, estritamente autorizativo quando da execução das emendas parlamentares individuais, ou seja, em acordo com a disponibilidade orçamentária e conveniência das políticas públicas implementadas pelos órgãos, havia uma constante discussão em torno da liberação desses recursos ocorrerem possivelmente em benefício de votações importantes no Congresso Nacional e que fossem da preferência do Executivo.

É real que a execução das emendas individuais até aquele momento eram um dos mecanismos mais eficientes que o governo dispunha para negociar seus interesses com sua coalizão no Congresso (PEREIRA e MUELLER, 2002). Fazendo com que a liberação ou não das emendas parlamentares pelo Executivo estivesse em local de destaque no arranjo institucional relacionado à governabilidade, porém, ao longo dos anos, o governo demonstrou possuir mecanismos outros que viabilizariam a implementação de políticas e, assim, ampliando o escopo de atuação do governo central (PEREIRA; MUELLER 2014, *apud* POWER, 2015).

Consonante a essa linha de raciocínio, Piscitelli (2007) já discutia a viabilidade, conveniência e oportunidade do orçamento impositivo, deixando explícito posição quanto às linhas de interesses que permeiam o orçamento de emendas parlamentares.

Vale notar, ademais, que esse jogo se realiza no terreno limitado principalmente pelas chamadas emendas parlamentares, insignificante fatia do bolo orçamentário, expressão daqueles interesses mais localizados e específicos dentro da área de atuação e influência de cada deputado ou senador, que, por outro lado, é a instância final das aspirações daqueles segmentos do eleitorado que dificilmente teriam espaço numa disputa mais ampla e abstrata, onde só têm lugar os maiores valores, as grandes obras, os projetos nacionais. (PISCITELLI, Roberto Bocaccio. Orçamento Impositivo: Viabilidade, Conveniência e Oportunidade – Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. 2007)

Outro fator relevante para o “travamento” dos recursos vinculados às transferências voluntárias, em especial as emendas de execução não obrigatórias é a necessidade do cumprimento das metas fiscais, uma vez que a LRF estabelece limites a serem cumpridos quanto ao endividamento. Para isso o governo faz uso dos contingenciamentos, ou seja, a medida que os resultados de arrecadação não vão balanceando com as despesas fixadas, a fim de que se mantenham os limites mínimos com as despesas obrigatórias, aquelas que são

discricionárias acabam sofrendo uma retenção. Em geral esses contingenciamentos afetam diretamente a execução das emendas parlamentares.

Em justaposição questões afetas à ineficiência quando da alocação desses recursos de maneira isonômica, independentemente de partidos ou alianças realizadas entre o executivo e o legislativo, sem qualquer discriminação entre as localidades a serem assistidas corroboraram o discurso da necessidade de implementação de uma norma que inviabilizasse qualquer predisposição em benefício de um em detrimento de outro.

A aprovação de emendas não é o passo final no processo orçamentário. Mesmo depois de aprovado, inclusive com as emendas apresentadas, a efetiva implementação dos programas e projetos não está garantida. Cabe ao Executivo a incumbência de liberar os recursos para as despesas especificadas no orçamento. E as regras concedem ao governo uma grande liberdade na decisão de quando e quanto será executado. Em consequência, o Executivo pode escolher estrategicamente quais emendas de um político serão apropriadas ou engavetadas, apesar de ter sido aprovadas. Isso põe nas mãos do governo um importante instrumento para recompensar ou punir os congressistas de acordo com o grau de apoio ou de oposição que lhe proporcionam durante o ano. (PEREIRA; MUELLER, 2002, p.282)

Estudo publicado pela Confederação Nacional dos Municípios (JUSBRASIL, 2014) à época da votação do Projeto de Emenda Constitucional do orçamento impositivo, demonstrava que entre os anos de 2002 e 2012, dos R\$ 134,8 bilhões previstos no Orçamento Geral da União para ações indicadas por parlamentares, apenas R\$ 22,8 bilhões foram pagos pelo governo federal. Contudo esse mesmo estudo discute que a questão a ser avaliada não é exatamente a liberação ou não das emendas por parte do poder executivo, mas sim a má distribuição dessas emendas quando da sua indicação entre as entidades a serem beneficiadas de ordem dos parlamentares.

Ainda que a norma esteja efetivamente em vigor, tais questionamentos permeiam até hoje as discussões e estudos de caso quanto aos critérios estabelecidos para a definição de entes e entidades a serem beneficiadas e a efetiva liberação dos recursos de emendas, em especial aquelas alocadas no âmbito do Ministério da Saúde, detentor de no mínimo 50% dos recursos de emendas parlamentares individuais.

2.4 Aplicabilidade das Emendas Parlamentares Individuais e sua execução no Ministério da Saúde

A Lei Complementar 141 definiu o conceito de Ações e Serviços Públicos em Saúde – ASPS e uma das imposições que surgiram com a EC 86 foi justamente que a aplicação de pelo

menos 50% dos recursos oriundos de emendas parlamentares individuais necessariamente devem ser alocadas em despesas com ASPS.

Assim sendo, para serem consideradas Ações de Serviços Públicos de Saúde, as mesmas obrigatoriamente devem ser disponibilizadas, de forma gratuita a toda a população, além de serem financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde, estarem previstas no plano de saúde e executadas na função saúde, além de ser aprovado previamente pelo Conselho de Saúde e ser de responsabilidade do setor de saúde. (LAHUD, Victor Paiva. 2016).

Ao regulamentar o §3º do art. 198 da CF/88, a LC 141 estabeleceu entre outras coisas os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas nas 3 (três) esferas de governo, além de revogar algumas questões presentes na Lei 8080/90.

Com base na LC 141/2012 inicialmente foram definidos os percentuais mínimos a serem aplicados, sendo até aquele momento, para a esfera federal o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da LOA. Para os municípios o mínimo para a ser aplicado em ASPS é o de 15% da arrecadação de impostos descritos nos art. 158 e 159 da CF/88 e para os estados o mínimo é o de 12% da arrecadação referente aos impostos mencionados n art. 155, também da CF.

O Distrito Federal por possuir características sui generis na arrecadação, hora enquadrados em situação de impostos estaduais hora municipais, acabam por se enquadrar nos dois critérios a depender do tipo de imposto, e quando não for possível a segregação entre base estadual e municipal, então se aplicará 12%.

Anualmente a LDO corrobora entre outras coisas aspectos específicos quanto à execução das emendas parlamentares, inclusive descrevendo prazos operacionais e critérios técnicos para sua execução orçamentária e também financeira.

Com relação ao impacto das emendas impositivas na área da saúde, primeiramente, deve-se lembrar que a metade do 1,2%, ou seja, 0,6% do orçamento, se destina ao setor da saúde e é computado no gasto mínimo obrigatório do ente, lembrando-se da vedação de utilização desses recursos em gasto com pessoal e encargos sociais, ou seja, o valor a ser aplicado pelos recursos de emendas parlamentares obrigatórias poderão ser considerados no cálculo no mínimo constitucional previsto para a esfera federal na LC 141/12.

Pouco tem sido discutido sobre tal aspecto, sendo que as portarias editadas em 2017 e 2018 pelo Ministério da Saúde somente tratam da execução orçamentário-financeira, restando outros aspectos estruturais em relação ao SUS, a serem regulados. No SUS, é imperiosa a execução de forma equitativa das emendas; o que pode ser definido como impedimento técnico;

e os restos a pagar. Parâmetros de equidade são obrigatórios na saúde para não criar assimetrias na organização do SUS, tampouco desrespeitar as suas políticas e as necessidades da população, além do compromisso de diminuição de disparidades e desigualdades regionais.

Se não eram novidade as emendas parlamentares individuais, a obrigatoriedade de sua execução orçamentário-financeira pelo Executivo o é, tanto quanto o seu limite orçamentário e o percentual que deve ser destinado à saúde, e, ainda, o seu cômputo para o gasto mínimo em saúde do ente federativo responsável pela indicação da emenda. Vários são os aspectos que devem ser observados.

O primeiro deles refere-se ao aumento global dos valores das emendas parlamentares, em especial as destinadas ao custeio de atividades em relação aos investimentos. Na maioria das vezes as emendas parlamentares destinavam-se às atividades de capital (despesa de investimento), e agora se voltam mais para o custeio (despesa corrente), sempre de modo episódico e incremental.

Por força da EC 86, e mais recentemente também da Emenda Constitucional 100, que trata também das emendas de bancadas estaduais obrigatórias, o órgão central da execução orçamentária do governo federal, Ministério da Economia - ME, por intermédio da Secretaria de Orçamento Federal-SOF, edita anualmente portarias interministeriais que tratam dos prazos e procedimentos para operacionalização das emendas parlamentares tanto individuais quanto coletivas obrigatórias. Para o exercício de 2020, as portarias vigentes são a 43 e 88, para emendas individuais e de bancadas estaduais, respectivamente.

Tais portarias norteiam os procedimentos quanto a execução dos recursos de emendas individuais e de bancada não apenas aos parlamentares, mas também aos órgãos setoriais da administração direta.

Por meio delas são definidas questões como procedimentos para indicação de beneficiários, abertura do sistema de cadastro, o rol de impedimentos de ordem técnica que inviabilizam a obrigatoriedade da execução, prazos para registros e solicitações de alterações de créditos orçamentários, entre outros.

Anualmente são editadas duas portarias em separado a fim de que fiquem claros que questões como prazos e tipos de impedimento diferem quando se trata da execução entre emendas individuais e bancadas, evitando assim possíveis perdas orçamentárias pelo não cumprimento desses critérios.

A edição das normais acima mencionadas obriga por sua vez os órgãos setoriais das entidades vinculados ao Orçamento Geral da União a editarem também suas normas específicas, e anualmente Ministério da Saúde publica portarias que dispõem sobre a execução

das emendas parlamentares que adicionarem recursos ao SUS, para a realização de transferências por meio do Fundo Nacional de Saúde – FNS aos fundos municipais e estaduais de saúde e ainda a demais entidades beneficiadas com recursos de emendas.

O Fundo Nacional de Saúde-FNS é o gestor financeiro dos recursos destinados ao SUS na esfera federal. Foi instituído pelo decreto 64.867, de 24 de julho de 1969, como fundo especial, e vem desde então administrando os recursos destinados ao financiamento das despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, de seus órgãos e de entidades da administração direta e indireta que sejam integrantes do SUS.

Os recursos alocados no FNS destinam-se, ainda, às transferências para os estados, municípios e o Distrito Federal, a fim de que esses entes federativos realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde, bem como investimentos na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, vinculados ao SUS. Cabe ressaltar que a destinação dos recursos é orientada pelas políticas e programas estratégicos gerenciados pelas secretarias finalísticas coordenadas pelo Ministério da Saúde.

É baseada em toda essa composição teórica que o foco desse estudo recairá especificamente sobre a aplicação dos recursos de emendas parlamentares no âmbito do Fundo Nacional de Saúde, onde serão analisados os valores aplicados em ASPS no período imediatamente anterior ao orçamento impositivo e no período posterior, com objetivo de fazer um comparativo que demonstre, entre outras questões, alguma tendência específica que venha corroborar com os argumentos implementados pelo legislativo quando da confecção da norma do orçamento impositivo, mas que também possa atender os princípios e diretrizes fundamentados constitucionalmente e na lei orgânica da Saúde.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa científica é a aplicação prática de um conjunto de procedimentos objetivos, utilizados pelo pesquisador, a fim de produzir um novo conhecimento, além de integrá-lo àqueles pré-existentes (Barros Neto, Benício de; Scarmínio, Ieda S. e Bruns, Roy E. Como fazer experimentos: pesquisa e desenvolvimento na ciência e na indústria. 2ª ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2002). Constitui-se, portanto, em etapas ordenadamente dispostas, de maneira lógica e racional. Estas etapas, de maneira sucinta, incluem desde a escolha do tema a ser pesquisado, o planejamento da investigação, o desenvolvimento do método escolhido, a coleta e a tabulação dos dados, a análise dos resultados, a elaboração das conclusões, até a divulgação de seus resultados (Silva, Edna Lúcia da. e Menezes, Estera M. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 3ª ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001).

O presente capítulo destaca a natureza e os objetivos da pesquisa a ser realizada; trata sobre a abordagem do problema; e comenta também sobre os procedimentos técnicos a ser utilizados para coleta e análise dos dados.

3.1 Abordagem da pesquisa

Adotar-se-á abordagem qualitativa de pesquisa; investigando-se a questão do Orçamento Impositivo de Emendas Parlamentares, sua origem e evolução, e tentando intuir as consequências sobre o orçamento na área da saúde e o financiamento do programa SUS (OLIVEIRA, M. F. Metodologia Científica: um manual para a realização de pesquisas em administração. Catalão: UFG, 2011).

3.2 Natureza e objetivos da Pesquisa

Será realizada pesquisa observacional dos dados do Orçamento Geral da União, com ênfase no impacto da EC 86 e do Orçamento Impositivo de Emendas Parlamentares no financiamento público da saúde, especialmente no tocante ao SUS. Analisar-se-á os padrões de execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde na utilização destes recursos (SILVA, Cassandra Ribeiro de O. Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático. Fortaleza: Editora da UFC, 2004).

No que se refere à finalidade, trata-se de pesquisa aplicada, com vistas a explicitar o impacto da EC 86 no financiamento do SUS, e a adequação da medida frente aos princípios e normas que informam o programa, bem como o financiamento público da saúde em geral (GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008).

3.3 Procedimentos Técnicos

Delinear-se-á a pesquisa pela análise documental (normativa aplicada ao tema e documentos orçamentários), bibliográfica e ex-post-facto (investigação empírica de padrões de execução orçamentária e financeira), além de estudo de caso (LAKATOS e MARCONI, 2003).

Quanto à delimitação temporal, realizar-se-á estudo longitudinal, quanto aos padrões de execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde na utilização destes recursos frente às alterações legislativas relativas ao orçamento impositivo de emendas, tanto em um viés retrospectivo quanto prospectivo.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

O Fundo Nacional de Saúde - FNS, órgão da administração pública direta, vinculado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, é o gestor financeiro do SUS, ou em outras palavras, é o banco da saúde pública brasileira.

Responsável pela execução orçamentária e financeira do orçamento do Ministério da Saúde, o FNS foi instituído em 1964 e desde então vem realizando a movimentação de recursos para as mais diversas frentes de atuação, sejam elas frutos de transferências obrigatórias ou ainda as voluntárias, a fim de atender toda a demanda gerada em razão da implementação das políticas de saúde públicas desenvolvidas pelas secretarias finalísticas do MS.

O orçamento impositivo, como dito anteriormente, foi adotado efetivamente a partir de 2014. A demonstração a ser realizada nesse estudo recai sobre o que foi formalizado e executado orçamentaria e financeiramente pelo FNS, no intervalo dos anos 2010 a 2019.

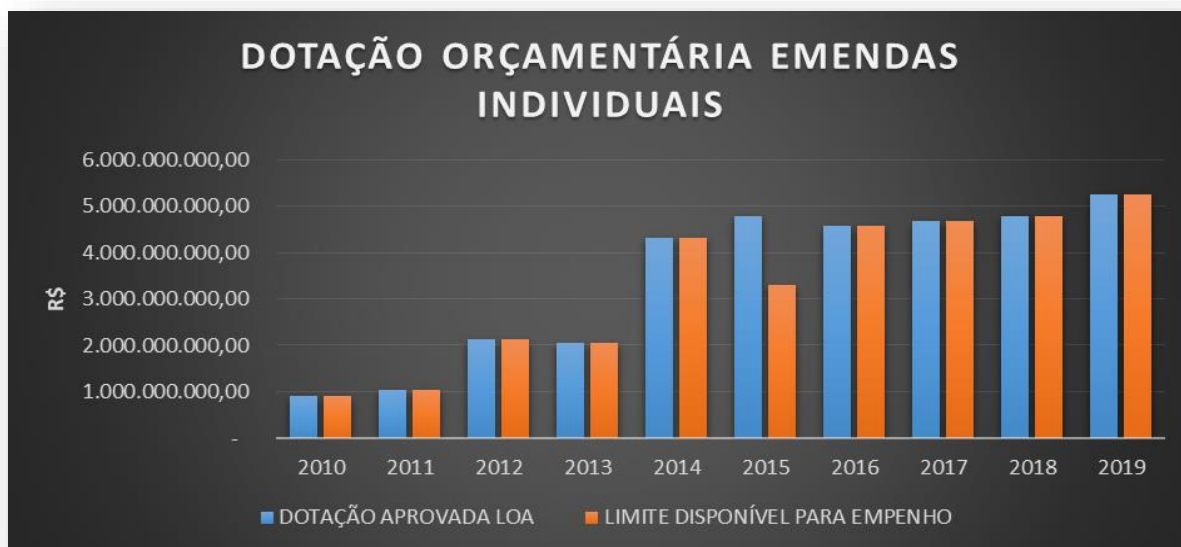
Importante ressaltar que a alocação dos recursos de emendas parlamentares é caracterizada como transferências voluntárias, o que implica no registro prévio nos sistemas do FNS de uma proposta de instrumento de transferência. Portanto, para cada transferência a ser realizada, seja ela por meio do instrumento de convênio, contrato de repasse, transferência fundo a fundo ou termo de execução descentralizada existe o registro de uma proposta, bem como a formalização do instrumento que deu origem à transferência efetivamente executada.

Assim, ao utilizar como base o levantamento quanto aos instrumentos formalizados no âmbito do Fundo Nacional de Saúde é possível realizar o dimensionamento visando averiguar a evolução da aplicação dos valores de emendas individuais ano a ano, alocação por estado, natureza da despesa e área técnica de aplicação dos recursos.

4.1 Distribuição e execução das emendas parlamentares individuais por ano

Entre os anos de 2010 e 2019, a dotação orçamentária empregada em emendas individuais aprovadas pelas Leis Orçamentárias Anuais dos referidos anos foi na ordem dos 34 bilhões de reais, dos quais o FNS recebeu em seus sistemas registros de mais de 108 mil propostas, apresentadas com recursos exclusivamente de emendas parlamentares individuais, chegando a mais de 84 mil instrumentos formalizados e empenhados.

Gráfico 1 - Dotação Orçamentária aprovada em emendas individuais alocadas ao Fundo Nacional de Saúde, nos anos de 2010 a 2019



Fonte: Elaborado pela autora (2020) conforme extração de dados do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento – SIOP e portal da Câmara dos Deputados

O gráfico 1 demonstra o salto orçamentário que as dotações de emendas individuais receberam nos respectivos períodos pré e pós LDO 2014, marco inicial da execução orçamentária com vinculação obrigatória.

O crescimento observado entre a dotação aprovada na LOA de 2013, último ano em que a decisão quanto a execução cabia discricionariamente ao poder executivo, e portanto parte integrante da programação orçamentária própria ao Ministério da Saúde e o aprovado para a LOA de 2014, primeiro ano de execução obrigatória, por força da Lei 12.919/2013, em que a projeção do valor obedecia o percentual definido de 1,2% da Receita Corrente Líquida realizada no ano imediatamente anterior, foi de 110%.

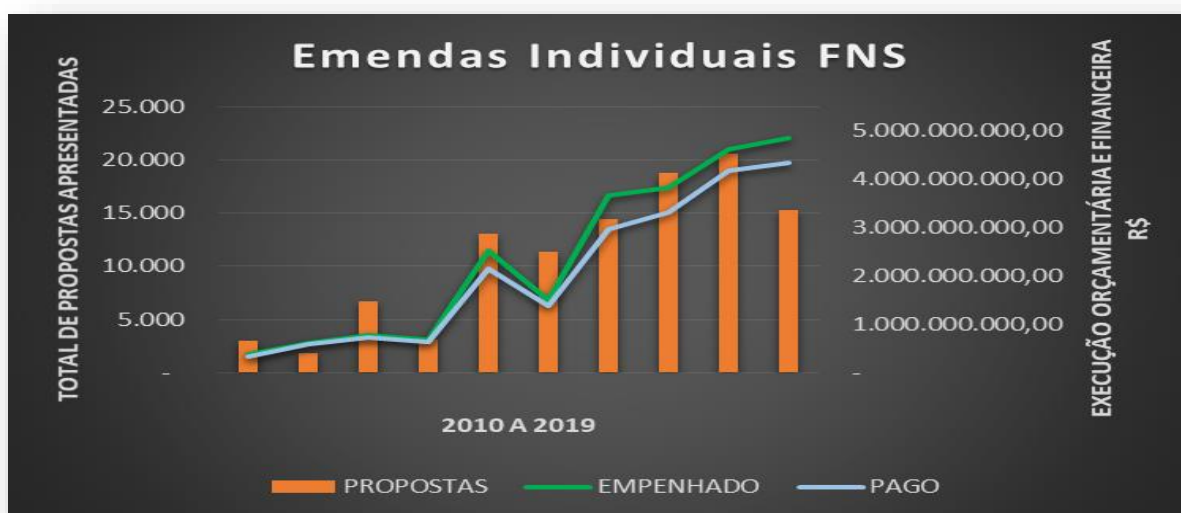
Destaca-se ainda a redução do limite orçamentário disponível para o exercício de 2015, quando foi registrado no orçamento o primeiro contingenciamento oficial das emendas impositivas, que permaneceu até o final do referido exercício. Ocasionado em razão da divulgação do Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas referente ao 3º bimestre apresentado pela Secretaria de Orçamento Federal, que constatou a necessidade de revisão das estimativas de receitas e despesas primárias, conforme disposto:

Considerando que a limitação incidente no conjunto das despesas discricionárias, indicada até este Relatório, será de R\$ 79.481,1 milhões, e que, o conjunto das despesas marcadas na LOA-2015 com os RP 2, 3 e 6 de todos os Poderes soma R\$ 200,6 bilhões, as EI de execução obrigatórias poderão ser reduzidas em até

39,63%(...). Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias – 3º Bimestre de 2015 – Secretaria de Orçamento Federal

Extraídas das bases de dados e registros de sistemas internos do Fundo Nacional de Saúde, também a apresentação de propostas teve significativo aumento quando da implementação do orçamento impositivo. Um aumento na ordem de 320% no número de propostas apresentadas entre os períodos pré e pós Impositivo aqui estudados, se for considerada a média anual das propostas cadastradas no intervalo dos dois períodos.

Gráfico 2 - Execução Orçamentária e Financeira das propostas de Emendas Individuais realizadas pelo FNS nos anos de 2010 a 2019



Fonte: Elaborado pela autora (2020) conforme extração de dados do Fundo Nacional de Saúde e Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento – SIOP

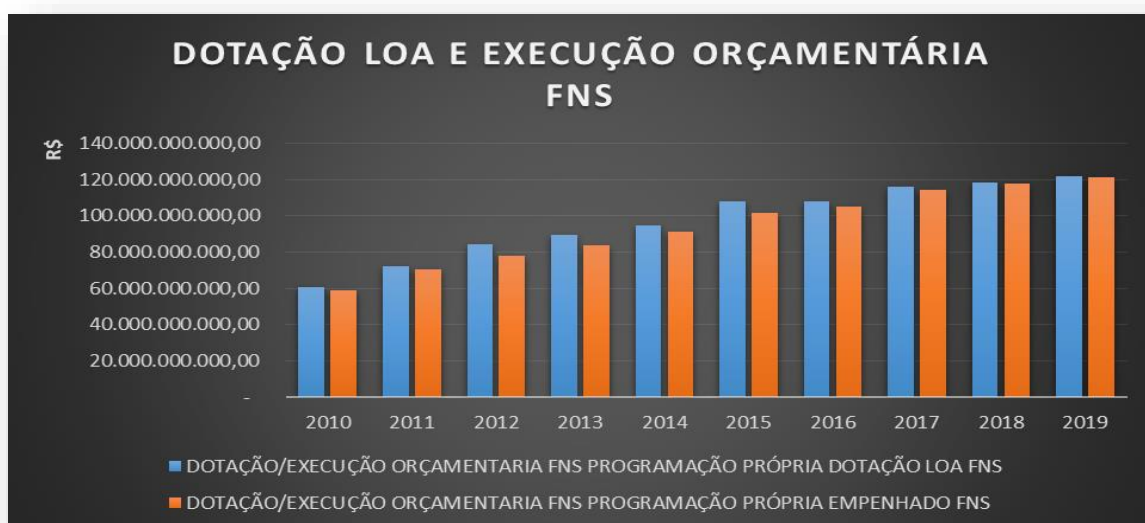
O gráfico 2 visa demonstrar a evolução dos valores alocados ao longo dos anos, sob a perspectiva comparativa entre anos em que as emendas eram de execução facultativa ao executivo e os anos em que a execução passou a ser obrigatória. Ao longo dos 10 anos verificados nesse estudo o total de propostas apresentadas somam R\$ 23.369.883.640,06 em empenhos, dos quais R\$ 20.616.387.627,67 foram pagos.

O total registrado no FNS entre os anos 2010 e 2013, ou seja no período de execução de emendas individuais discricionárias, somaram 14.786 propostas, com objetivo de formalizar instrumentos de convênios, portarias de habilitação de entidades aptas a receberem transferências na modalidade de aplicação fundo a fundo, contratos de repasse e termos de execução descentralizadas. Tais propostas deram origem a 10.641 instrumentos, frutos de recursos oriundos de emendas parlamentares individuais. O total empenhado soma R\$ 2.433.401.475,51, segundo os registros das bases do FNS, sendo que destes foram pagos R\$ 2.278.837.901,67.

Já no período do impositivo, o total registrado no FNS até o ano de 2019 foi de 93.331 propostas. Frutos do registro de 16.764 emendas parlamentares individuais apresentadas para a Unidade Orçamentárias FNS, dando origem a instrumentos de convênios, portarias de habilitação de entidades aptas a receberem transferências na modalidade de aplicação fundo a fundo, contratos de repasse e termos de execução descentralizadas. Sendo o total empenhado soma R\$ 20.936.482.164,55 e destes foram pagos R\$ 18.337.549.726,00.

Além de identificar o crescimento da alocação dos recursos aplicados em emendas parlamentares individuais, faz-se necessário uma verificação da execução orçamentária do Ministério da Saúde como um todo, independente da natureza e origem do recurso, de modo a ser observado uma variação percentual entre a crescente empregada na execução de emendas em paralelo a execução do orçamento da programação própria do Ministério, alocada ao FNS.

Gráfico 3 - Dotação Aprovada e Execução Orçamentária realizada FNS



Fonte: Elaborado pela autora (2020) conforme extração de dados do Fundo Nacional de Saúde e Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento - SIOP

É possível observar, por meio dos dados apontados para dotação e execução orçamentárias de recursos com definição exclusivamente realizada pelo Ministério da Saúde, ou seja, recursos da programação orçamentária discricionária ao poder executivo, um crescimento na casa de 44%, portanto muito aquém do crescimento identificado no orçamento das emendas individuais.

4.2 Distribuição e execução das emendas parlamentares por grupo de natureza de despesa e ação orçamentária

Além de identificar aspectos referentes a distribuição dos recursos no orçamento ao longo dos anos, é importante voltar o olhar para a destinação a qual está prevista a alocação desses recursos, tanto quanto ao grupo da natureza da despesa a ser empregada quanto das ações orçamentárias em acordo com as políticas públicas de saúde.

Adequado à definição constante no Manual Técnico de Orçamento – MTO publicado em 2020, o grupo de natureza de despesas – GND é um agregador de elemento de despesa com as mesmas características quanto ao objeto de gasto e estão assim classificadas:

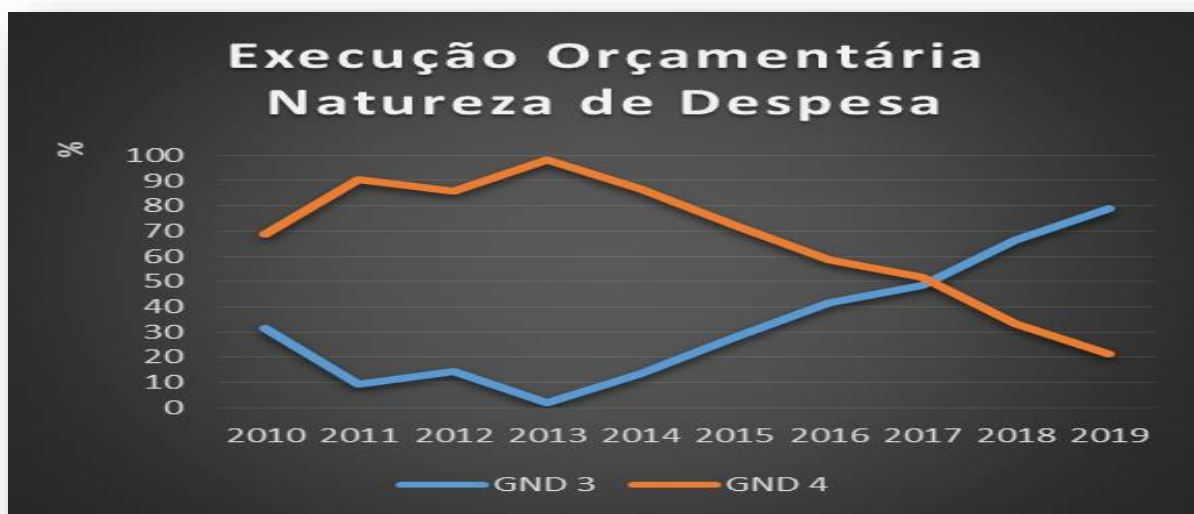
Tabela 1- Classificação dos Grupos de Natureza da Despesa - GND

CÓDIGO	GRUPOS DE NATUREZA DA DESPESA
1	Pessoal e Encargos Sociais
2	Juros e Encargos da Dívida
3	Outras Despesas Correntes
4	Investimentos
5	Inversões Financeiras
6	Amortização da Dívida

Fonte: Manual Técnico de Orçamento 2020 – Secretaria de Orçamento Federal

Os dois principais grupos de naturezas de despesas que recebem recursos de emendas parlamentares são as de código 3, identificado como outras despesas correntes e a de código 4, investimentos, caracterizando assim a classe em que o gasto será realizado. Para fins de melhor entendimento, aqui nomeiam-se apenas como GND 3 ou 4, corrente ou capital, respectivamente.

Gráfico 4 - Execução Orçamentária sob a ótica da distribuição entre os grupos de natureza de despesa



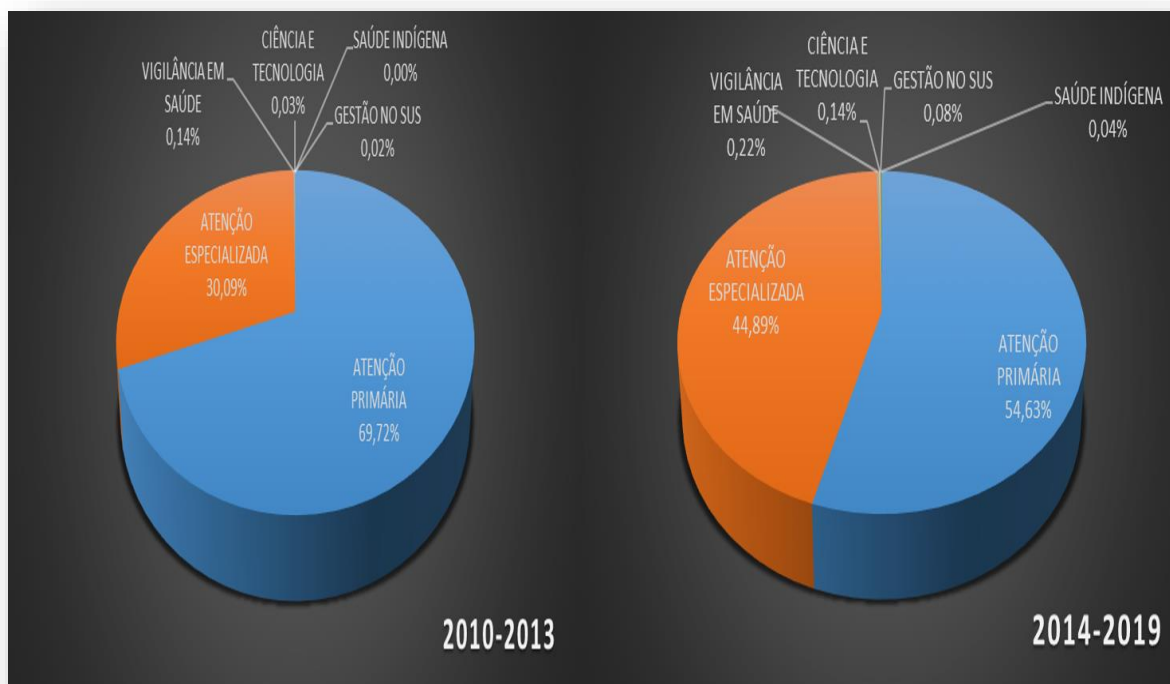
Fonte: Elaborado pela autora (2020) conforme extração de dados do Fundo Nacional de Saúde e Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento - SIOP

Com base nos dados extraídos é perceptível uma inversão na alocação dos recursos na ótica da classificação das despesas. No período pré orçamento impositivo havia um direcionamento voltado aos investimentos de capital, ou seja, em média, nos anos de 2010 a 2013, 85% dos recursos foram alocados exclusivamente para estruturação das unidades de saúde, enquanto que a partir de 2014 a tendência se inverteu, passando a ser de despesas correntes ou custeio.

Além do Grupo de Natureza de Despesas outro fator relevante quando da alocação de recursos de emendas parlamentares trata-se da ação orçamentária. A partir dela é definido no plano orçamentário qual o tipo de projeto ou atividade sobre a qual resultará o produto para atender o objetivo de um programa estratégico a ser executado pelo governo. As ações detalham portanto qual a linha de atuação a ser empregado o recurso.

No caso do Ministério da Saúde, as ações são divididas entre as secretarias finalísticas dos programas estratégicos a serem desenvolvidos e estão assim distribuídas: Secretaria Executiva (SE), Secretaria de Atenção Especializada a Saúde (SAES), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE) e Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Gráfico 5 - Distribuição dos recursos de emendas individuais pelas áreas de realização das políticas de saúde - Período pré e pós Orçamento Impositivo



Fonte: Elaborado pela autora (2020) conforme extração de dados do Fundo Nacional de Saúde e Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento – SIOP

Para fins desse estudo foram verificadas as ações orçamentárias que mais tiveram recursos de emendas individuais indicadas nas LOA's dos períodos pré e pós orçamento impositivo e associadas cada uma à sua respectiva área de atuação.

O gráfico 5 demonstra a divisão percentual entre as áreas de atuação das principais ações orçamentárias indicadas para execução no âmbito do Ministério da Saúde.

É possível identificar visualmente a variação ocorrida ao longo dos períodos, onde no pré-orçamento impositivo, 69,72% dos recursos empregados por emendas parlamentares individuais foram destinados a atender a Atenção Primária à Saúde, correspondendo a pouco mais de 2,6 bilhões de reais a serem direcionados aos entes municípios, uma vez que para fins de execução de políticas públicas de saúde a atenção primária é de responsabilidade das secretarias municipais de saúde, seguindo a lógica do planejamento ascendente. Já para a Atenção Especializada, responsável pelos procedimentos de média e alta complexidades, foram repassados no mesmo período a ordem de 1,1 bilhão, divididos entre entidades públicas municipais, estaduais, federais e privadas sem fins lucrativos, que atendam demandas dessa característica. As demais políticas públicas não alcançaram sequer 1% dos recursos direcionados pelas emendas, somando em torno de apenas 7 milhões de reais.

A mesma perspectiva de distribuição é observado no período posterior, entretanto as somas envolvidas refletem um crescimento que varia da faixa dos mais de 400%, alocados na atenção primária, até a exorbitante marca dos 3.000%, verificados nas ações voltadas para Ciência e Tecnologia, onde inicialmente havia o registro de apenas 1 milhão de reais em emendas parlamentares individuais e no período posterior ao orçamento impositivo saltaram a marca dos 35 milhões de reais em dotação orçamentária.

Conforme apontado no arcabouço teórico um dos princípios do SUS é a organização da rede de atenção à saúde de forma hierarquizada. Noronha, Lima e Machado (2014) descrevem a hierarquização como sendo o planejamento da distribuição das ações e serviços por níveis de atenção, segundo necessidades diferenciadas de saúde e dinâmicas territoriais específicas (regionalização).

4.3 Distribuição e execução das emendas parlamentares por Unidade da Federação

Foi realizado também levantamento médio do quanto foi direcionado em recursos de emendas individuais nos períodos estudados segregados por Unidades da Federação.

Gráfico 6 - Execução orçamentária e financeira realizada nos anos de 2010 a 2019 sob a perspectiva da regionalização



Fonte: Elaborado pela autora (2020) conforme extração de dados do Fundo Nacional de Saúde e Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento - SIOP

Constatou-se um aumento significativo nos valores alocados em todos os estados, com expressivo crescimento no valor investido por habitante entre os dois períodos estudados, chegando, em alguns casos, ao fabuloso crescimento de mais de 1.000%. A exemplo do Distrito Federal que no período de 2010 a 2013 recebeu em emendas parlamentares em média R\$ 2.291.733,55 e passou a R\$ 58.907.486,17 entre os anos 2014 a 2019. Considerada a população do DF baseado no último censo do IBGE (e projeções para os anos seguintes), o Distrito Federal saiu de ínfimos, R\$ 0,75 para R\$ 19,21, por habitante, o que representa um crescimento no valor investido na ordem de 2.470%.

Gráfico 7 - Variação no valor alocado com recursos de emendas individuais por habitante nos dois períodos



Fonte: Elaborado pela autora (2020) conforme extração de dados do Fundo Nacional de Saúde e Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento - SIOP

O gráfico acima demonstra a relação estabelecida entre os valores transferidos quando considerados a população individualmente. Assim a percepção inicial em que era possível identificar o estado de São Paulo como o maior detentor dos recursos de emendas ao passo que o estado de Roraima estava na outra extremidade, agora a situação se inverte. Tem-se a clara

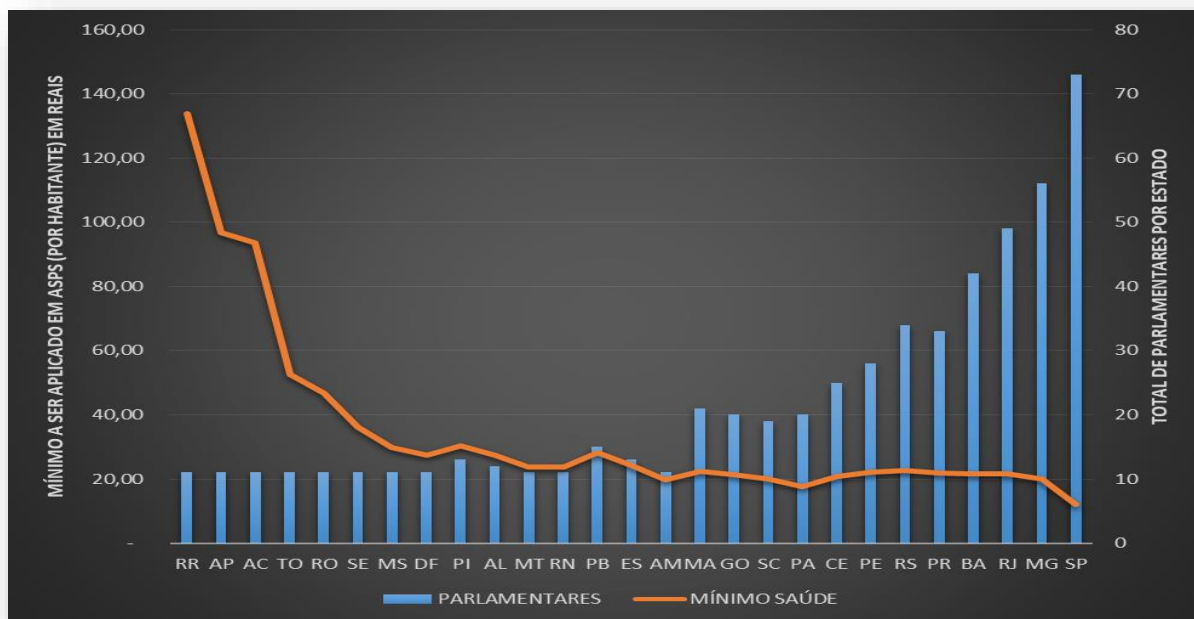
definição de que proporcionalmente à população de cada estado, Roraima está no topo da cadeia, investindo na média de R\$ 75,00 por habitante, enquanto São Paulo marca a média de R\$ 10,00.

Importante destacar também o crescimento entre os períodos, onde o mesmo estado de Roraima apresentou uma elevação de mais de 900%, saindo da marca de R\$ 6,99 por habitante para R\$ 76,00.

É válida a análise sobre a quantidade de congressistas vinculados a cada estado federativo. Partindo da lógica do sistema eleitoral tem-se que para as cadeiras no Senado Federal todos os estados possuem igualmente 3 representantes, diferentemente do que ocorre na Câmara Federal, onde o coeficiente eleitoral define o número de deputados representantes de cada estado, em acordo com a população votante a ser representada.

Abaixo segue representatividade gráfica com prospecção de valores de emendas por estado baseado no número de parlamentares representantes em relação a base populacional a ser assistida.

Gráfico 8 - Valor médio alocado em ASPS por habitantes em cada UF



Fonte: Elaborado pela autora (2020) conforme extração de dados do Fundo Nacional de Saúde e Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento - SIOP

Novamente os estados de Roraima e São Paulo se encontram em extremos opostos, ainda que a maior base representativa no congresso pertença a São Paulo, proporcionalmente este tem alocado menos recurso por habitante. É possível observar o desequilíbrio entre o valor médio mínimo a ser alocado em Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS quando

comparados os extremos do gráfico, porém apesar da desproporcionalidade entre os estados de São Paulo e Roraima, a realidade é que há um equilíbrio tanto no período pré, quanto no pós orçamento impositivo para os demais estados da federação, conforme disposto no gráfico 7.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa tem como propósito identificar nuances que demonstrassem uma mudança significativa quando da alocação dos recursos de emendas parlamentares individuais no financiamento da saúde pública nos períodos anteriores e posteriores a implementação do orçamento impositivo das emendas individuais. Apesar das emendas parlamentares de bancada estadual, comissão e relatoria também direcionarem recursos para a saúde, somente recaiu a impositividade sobre as de bancada estadual, e a partir da publicação da EC 100/2019, portanto não sendo possível a realização de parâmetros temporais para uma análise apurada da aplicação desse tipo no estudo.

Para isso fez-se necessária uma série de explanações que perpassavam pontualmente pelos diversos objetivos secundários, que por sua vez serviram de embasamento teórico para a construção de pensamento crítico quando da análise dos dados apurados.

Dito isto, a resposta principal da questão de pesquisa requer algumas considerações, ainda que do ponto de vista desta pesquisadora os elementos ora levantados não sejam suficientes para uma resposta definitiva.

Quando analisados os elementos propostos, tais como, volume orçamentário aprovado, orçado e executado oriundo da apresentação de emendas parlamentares individuais ao Orçamento Geral da União no âmbito do FNS nos períodos pré e pós EC 86/2015, a distinção entre as naturezas de despesas, ações orçamentárias aplicadas bem como a distribuição no território nacional ressaltam aos olhos alguns apontamentos que merecem destaque.

É notória a discrepância entre o volume de recursos aprovados e executados nos anos anteriores ao orçamento impositivo e os anos seguintes. Entretanto, tal discrepância não pode ser necessariamente atribuída efetivamente a um desinteresse do Poder Executivo em dar andamento às propostas apresentadas com os recursos de emendas, mas sim a uma particularidade orçamentária relacionada ao volume de recursos.

Até aquele momento o orçamento atribuído para atender os anseios parlamentares não chegava a 2% do orçamento total a ser executado pelo Ministério da Saúde. Após a adoção do orçamento impositivo esse valor passou em média a ser superior a 4%.

Em uma visão crua dos valores percentuais a impressão é de que o aumento não foi tão significativo, entretanto quando observamos os dados, houve um salto médio de mais de 3 bilhões em recursos a serem aplicados anualmente exclusivamente por emendas parlamentares individuais.

O volume de execução nesse mesmo período saltou de 41% para 92%. Tal crescimento não está relacionado apenas às implicações legais da impositividade, mas principalmente ao desenvolvimento de tecnologias e inovações que possibilitaram um aumento na produção e formalização dos instrumentos de transferência, assim como suas respectivas análises, haja vista o advento do SEI (Sistema Eletrônico de Informações), que trouxe celeridade aos trâmites processuais com a adoção dos documentos eletrônicos, além de diversos outros sistemas que permitem uma análise e procedimentos de formalização, empenho e pagamento muito mais eficientes.

Desde 2017, no Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Propostas do Fundo Nacional de Saúde – SISPROFNS, todos os instrumentos de transferências fundo a fundo estão formalizados 100% de forma eletrônica, desde o cadastramento da proposta pelo proponente, perpassando pela análise realizada pelas áreas técnicas finalísticas responsáveis pelas políticas de saúde, até a coleta de assinaturas de todos os responsáveis de forma eletrônica e certificada, seguindo inclusive para a publicação em Diário Oficial de maneira digitalizada. Assim todo o processo de trabalho tornou-se rápido e eficiente.

Portanto fica como primeira característica a ser apontada a expansão do orçamento das emendas individuais, tendo um salto característico e específico ocorrido quando da implementação do orçamento impositivo.

Entretanto, cabe ainda um estudo posterior quanto a vinculação orçamentária dos recursos alocados às emendas individuais e as de bancadas estaduais impositivas originarem no remanejamento do orçamento previamente estabelecido aos órgãos do poder executivo conforme proposta no Projeto de Lei Orçamentária (PLOA), assim como preconiza a Lei 4.320/64, que estabelece que para cada despesa fixada na Lei Orçamentária requer a vinculação com uma receita prevista.

Tal associação não condiz com a realidade apresentada pelos dados, uma vez que houve aumento significativo nos recursos a serem definidos pelo Poder Legislativo em detrimento daqueles a serem alocados pelo Poder Executivo, em conformidade com suas políticas públicas previamente estabelecidas.

O baixo crescimento do orçamento próprio pode ter relação com a implementação do teto dos gastos em decorrência da Emenda Constitucional 95, que trouxe aos órgãos do executivo apenas a possibilidade da reposição inflacionária, a fim de que seja mantida a regularidade fiscal do Orçamento Geral da União.

A segunda perspectiva de relevância para o estudo é com base nas análises da inversão no volume de execução orçamentária e financeira na vinculação dos grupos de natureza de

despesas. Nos anos de 2010 a 2013, a aplicação era maciçamente voltada para os recursos de capital, ou seja, com vistas ao investimento em ações e serviços de saúde, passando a ser o contrário, nos anos posteriores, onde caracterizou-se significativa por alocação em custeio.

Nas políticas implementadas pelas secretarias finalísticas do Ministério da Saúde, grupo de natureza de despesas de Capital (ou investimento) é voltado para a estruturação das unidades de saúde, que consistem basicamente em aquisição de equipamentos médico-hospitalares, construção e ampliação de unidades de saúde tanto da atenção à saúde primária quanto das unidades de média e alta complexidade, em outras palavras, desde o posto médico até às unidades de pronto-atendimento e hospitais especializados. Enquanto que os recursos voltados para as despesas de natureza corrente, ora chamados também de custeio, são aplicados com vistas a manutenção dessas mesmas unidades, aqui se destacando além de transferências com finalidade para custeio da máquina pública, também a possibilidade de realização de reformas de unidades, ou ainda contratação de serviços diversos. Ressalvadas as despesas com pessoal e encargos sociais, expressamente vedadas de serem custeadas com recursos de emendas parlamentares impositivas.

Dois aspectos podem ser estabelecidos para justificar essa inversão de comportamento: Primeiro o do sentido funcional, em que havia a necessidade primária de estruturar a rede de saúde a nível nacional, de forma a ampliar a gama de atendimentos tanto em número de estabelecimentos de saúde quanto na disponibilidade de equipamentos com capacidade de prestar esses atendimentos. Aqui cabe uma associação direta com os anos em que programas estratégicos a serem desenvolvidos pelo poder executivo eram vinculados com o estabelecido pelo Plano de Aceleração do Crescimento – PAC, por exemplo.

Porém uma vez estabelecida uma rede estruturada e equipada, a partir de determinado momento, haveria a necessidade de realizar a manutenção dessas unidades e equipamentos, a fim de dar continuidade aos serviços, o que justificaria então a migração dos instrumentos partindo de capital para custeio.

O segundo aspecto a ser considerado é o da via burocrática. A viabilização de projetos que visem a estruturação da rede requer uma série de condicionantes legais que não necessariamente são estabelecidos em mesmo grau de dificuldade quando dos projetos de relacionados a atividade de custeio.

A burocratização imposta por normas como a portaria dos instrumentos de convênios e contratos de repasse, Portaria Interministerial 424/2016, da Portaria de Consolidação nº 6/2017, do Ministério da Saúde, que trata dos investimentos como construção e ampliação de unidades básicas de saúde, entre outras, a serem instrumentalizados por transferência fundo a fundo, e da

Portaria 3134/2017, também do Ministério da Saúde, que trata exclusivamente sobre a transferência de recursos de investimento, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tornam a alocação de recursos de emendas parlamentares para esses fins menos atrativas, uma vez que tais normas impactam não apenas na complexidade da formalização dos instrumentos de transferências como também na liberação financeira dos recursos. Diferente do que é observado na formalização dos instrumentos de custeio.

No âmbito do FNS hoje é possível que uma emenda de custeio, a ser formalizada na modalidade fundo a fundo - FAF seja apresentada no orçamento, indicado o beneficiário, tenha sua proposta cadastrada pelo proponente, formalizada, publicada, empenhada e paga num intervalo de menos de 5 dias. Ao passo que uma mesma proposta, agora de investimento, ainda que seja na modalidade FAF, requer uma série de condicionantes que não são identificados nas de custeio, tais como análise meritória e técnica-econômica dos projetos, sejam eles de aquisição de equipamentos ou obras. De certa forma essas análises impactam na temporalidade entre a apresentação da proposta, formalização e efetiva liberação do financeiro, tornando assim os recursos de custeio muito mais atrativos, da ótica da dinamização política envolvida na alocação dos recursos de emendas parlamentares.

Os elementos estudados não foram suficientes para a definição de um parâmetro que seja determinante por algum dos dois aspectos. Fato é que eles se complementam, uma vez que hora nenhuma houve paralização nos investimentos de capital, ou seja, é perene a necessidade da rede assistencial se manter renovada, sendo possível inclusive, como visto no ano de 2017, os eixos gráficos se cruzarem, demonstrando um equilíbrio entre as aplicações de recursos.

Do viés dos princípios do SUS, tem-se que a dinâmica de estruturação e fortalecimento da rede de atenção à saúde parte da linha de que à atenção primária, enquanto porta de entrada do SUS, cabem todos os atendimentos prévios e preventivos, devendo assim estar presente em todo o território nacional por meio da atuação das secretarias de saúde municipais, enquanto que à atenção especializada, por se tratar do atendimento a situações de média e alta complexidade, cabe a cobertura em pólos regionalizados, sendo de responsabilidade principalmente das secretarias estaduais.

Quanto a hierarquização os dados apresentados corroboram a previsão constitucional de que a porta de entrada do SUS, ou seja atenção primária, que possui uma capilaridade maior em decorrência da atuação ser exclusiva dos poderes executivos na esfera municipal, seja priorizada em relação as demais políticas assistenciais. Os dados não foram impactados significativamente entre as ações a serem desenvolvidas, gerando apenas um aporte maior em

decorrência da maior disponibilidade orçamentária em período pós 2014, já apontado inicialmente.

Ante o exposto, outro pressuposto significativo para implementação do orçamento impositivo foi que a atuação dos parlamentares, enquanto agentes definidores da destinação dos recursos, permitiria mais eficiência na alocação destes, atendendo assim ao princípio da regionalização, com base na descentralização administrativa, uma vez que, enquanto representantes do povo, deputados e senadores conhecem melhor a realidade de seus estados, regiões e municípios, viabilizando então a apresentação de projetos mais bem direcionados aos anseios locais, do que o próprio executivo federal seria capaz, já que este não consegue se fazer presente em todas as localidades do país.

Entretanto, na prática, os meios adotados para o direcionamento das emendas parlamentares acabam suscitando diversos questionamentos quanto à compatibilização dos interesses de médio e longo prazo do sistema de saúde e os interesses de curto prazo dos parlamentos, tendo em vista que tradicionalmente são utilizadas para fomentar projetos que agraciam suas bases eleitorais, o que de certa forma desvirtua os critérios estabelecidos para atendimento e cobertura da rede de forma a atender os pressupostos constitucionais da universalidade de acesso e integralidade da assistência.

Isto posto, torna-se relevante a explanação quando da alocação dos recursos de emendas individuais sob a ótica da distribuição em âmbito nacional.

Os princípios e diretrizes estabelecidos para a distribuição de recursos federais obedecem aqueles previstos constitucionalmente e ao Ministério da Saúde, agente centralizador das políticas públicas de saúde na esfera federal, cabe estabelecer métodos para aplicação desses mesmos recursos.

Assim portarias são editadas anualmente estabelecendo parâmetros e procedimentos para a distribuição desses recursos, sendo um deles a ser muitas vezes considerado com vistas a cobertura assistencial o critério baseado na população local.

Visualmente o gráfico 6 demonstra diferença significativa entre os dois períodos, dando a entender um aumento expressivo no volume de recursos alocados na saúde com recursos oriundos de emendas parlamentares individuais impositivas, caracterizando inclusive uma diferença gritante entre o total investido no estado de Roraima, que supostamente recebeu um volume menor de recursos e o estado de São Paulo, com a maior fatia das emendas.

Todavia, se considerarmos os valores alocados em relação a quantidade de habitantes por estado, a proporção se inverte, ou seja, quem tem mais habitantes para prestar serviço de saúde vem recebendo menos recursos de emendas parlamentares individuais.

Baseado portanto no cálculo do valor a ser investido de emendas parlamentares alocadas na saúde, por habitante, para cada estado, tem-se que Roraima recebeu, proporcionalmente, o maior valor nos anos posteriores ao marco do orçamento impositivo, ao passo que São Paulo, estado com maior população, recebeu a menor variação.

Graficamente é possível observar que nos anos anteriores ao impositivo havia uma equiparação nos valores designados por habitante, convalidando a lógica da assistência universal e igualitária que prevê o Sistema Único de Saúde, onde não deve haver qualquer distinção entre a população a ser assistida, permitindo a todos o mesmo direito de obter as ações e serviços de que necessitam e ainda não permitindo a discriminação no acesso aos serviços de saúde.

Esse é um ponto interessante mostrado pela pesquisa que precisa ser detalhado, houve nesse período uma correção de necessidade de melhoria do sistema de saúde daquela unidade da federação, ou houve um desequilíbrio na aplicação dos recursos. De modo análogo, os recursos a serem empregados a fim de viabilizar a isonomia e exequibilidade de tais princípios devem seguir os mesmos critérios.

Aqui não há qualquer juízo de valor relativo à capacidade de atendimento de cada estado, bem como a qualidade do serviço prestado. A análise recai única e exclusivamente quanto aos valores autorizados para execução orçamentária.

Já foi dito anteriormente que o valor designado para cada parlamentar quando da apresentação das emendas é dividido equitativamente entre os 594 representantes legislativos (513 deputados federais e 81 senadores), com base na previsão da Receita Corrente Líquida, o que tem gerado anualmente uma média, pós orçamento impositivo, de 15 milhões de reais por parlamentar, a serem distribuídos em suas bases representativas. Considerando ainda que a Constituição Federal prevê que pelo menos 50% (cinquenta por cento) desse valor deva ser alocado exclusivamente para ações e serviços públicos de saúde, tem-se uma média de no mínimo 7,6 milhões de reais por parlamentar a ser disponibilizado à sua base eleitoral exclusivamente em ASPS.

Considerando que o morador do estado de São Paulo faz jus às mesmas garantias de um residente em Roraima, não é razoável que os recursos sejam alocados de modo tão discrepante entre os estados, possibilitando que aqueles que possuem menor população e por isso detêm o mesmo número de cadeiras no Congresso Nacional, concentrem um maior volume de recursos quando considerada a população a ser assistida.

Aqui foram apresentados somente aspectos técnicos, onde seria possível ainda a expansão do estudo de modo a realizar uma averiguação das vertentes políticas envolvidas quando da indicação dos recursos de emendas no financiamento do SUS.

Pode ser observada a tendências de um comportamento diferente da aplicação dos recursos em anos eleitorais, principalmente os de eleição municipal, e se sobre eles recaem alguma tendência específica que demonstre impacto significativo nessa distribuição dos recursos ou ainda em outros momentos que impliquem em eventos políticos relevantes.

Em sendo assim, face as análises realizada, podemos discorrer que houve significativa mudança na operacionalização orçamentária e financeira dos recursos de emendas parlamentares impositivas no financiamento da saúde, porém no que diz respeito a esse estudo, de viés orçamentário a conclusão é de que as emendas, apesar de serem cotidianamente vistas de forma negativa representam um diferencial na alocação de recursos para a saúde pública brasileira, entretanto a sua forma de distribuição pode ser melhorar a fim de possibilitar que os recursos sejam distribuídos de forma mais isonômica, possibilitando assim uma assistência igualitária, integral e universal, conforme pressupõem a Carta Magna e a Lei Orgânica da Saúde.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007, p. 341-342.

BARROS, Neto; BENICIO de; Scarmínio, Ieda S. e BRUNS, Roy E. **Como fazer experimentos: pesquisa e desenvolvimento na ciência e na indústria**. 2ª ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2002

BITTENCOURT, Fernando Moutinho Ramalho. **Relação Executivo – Legislativo no Presidencialismo de Coalizão: Um quadro de referência para estudos de Orçamento e Controle**. Núcleo de Estudos e Pesquisas do Senado – Textos para discussão. Brasília: 2012.

BORGES, André. **Eleições Presidenciais, Federalismo e Política Social**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 28, nº 81. São Paulo: ANPOCS, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988**. 50ª ed. Brasília: Edições Câmara, 2016.

BRUYNE, Paul et al. **Dinâmica de pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

_____. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 29/2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Presidência da República – Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 13 de setembro de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 02 de novembro de 2020

_____. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 86/2015**. Torna obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Presidência da República – Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 17 de março de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm>. Acesso em: 02 de novembro de 2020

_____. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 95/2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir Novo Regime Fiscal. Presidência da República – Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 15 de dezembro de 2016.

Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 02 de novembro de 2020

_____. **Instrução Normativa nº 1, de 2014.** Regulamenta os procedimentos para recebimento e consolidação das indicações parlamentares para a correção dos impedimentos de ordem técnica à execução das programações orçamentárias decorrentes de emendas individuais. Congresso Nacional – Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização. Brasília, 20 de maio de 2014. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/Legisla_CMO/Instrucao_Normativa_1_2014.pdf>. Acesso em: 02 de novembro de 2020.

_____. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.** Estatui normas gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, Estados, Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, de 23 de março de 1964.

_____. **Lei nº 12.919.** Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da Lei Orçamentária de 2014 e dá outras providências. Presidência da República – Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 24 de dezembro de 2013. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12919.htm>. Acesso em: 02 de novembro de 2020

_____. **Lei nº 13.707.** Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da Lei Orçamentária de 2019 e dá outras providências. Presidência da República – Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 14 de agosto de 2018. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13707.htm>. Acesso em: 02 de novembro de 2020

_____. **Lei Complementar nº 101.** Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Presidência da República – Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 4 de maio de 2000. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/lcp/Lcp101.htm>. Acesso em: 02 de novembro de 2020.

_____. **Siga Brasil – Orçamento Federal. Senado Federal.** Disponível em:

<<https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>>. Acesso em: 15 de novembro de 2020.

CARVALHO, Nelson Rojas de. **E no início eram as bases: Geografia do voto e comportamento legislativo no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2003.

CARVALHO, Deusvaldo Resplande de. **Orçamento e contabilidade pública: teoria e questões**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002

CHEIBUB, José Antônio; ELKINS, Zachary. **A hibridização de formas constitucionais: A Constituição Brasileira de 1988 em uma perspectiva histórica**. In: Legislativo Brasileiro em Perspectiva Comparada. INÁCIO, Magna; RENNÓ, Lucio [Organizadores]. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. -. São Paulo: Atlas, 2007. 175p.

DE CICCIO, Cláudio; GONZAGA, Alvaro de Azevedo. **Teoria Geral do Estado e da Ciência Política**. 7ª Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2016.

FAVERO, Daniel. **Lembre do escândalo dos Anões do Orçamento que completa 20 anos**. Portal Terra – Política. Disponível em: <
<https://www.terra.com.br/noticias/brasil/politica/lembre-do-escandalo-dos-anoes-do-orcamento-que-completa-20-anos,3f1376212bd42410VgnVCM3000009af154d0RCRD.html>
 >. Acesso em: 15 de novembro de 2020.

FIRPO, Sérgio; PONCZEK, Vladimir; SANFELICE, Viviane. **A relação entre emendas orçamentárias e desempenho eleitoral**. Escola de Economia de São Paulo [Artigos]. São Paulo: 2010. Disponível em: <
<http://bibliotecadigital.fgv.br/ocs/index.php/sbe/EBE11/paper/viewFile/3082/1303>>. Acesso em: 02 de novembro de 2020

FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FRIEDE, Reis. **Ciência Política e Teoria Geral do Estado**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo; **Organizadores. Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

GIACOMONI, James. **Orçamento Público**. 14ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 207 p.

GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. rev. amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999

GNISCI, Eduardo Francisco dos Santos. **A implementação do Sistema de Informação de Custos do Setor Público. O caso do Governo Federal**. 2010. 81 p. Dissertação (Mestre em Administração Pública) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2010.

GOMES, Fábio de Barros Correia. **Cooperação, Liderança e Impasse entre o Legislativo e o Executivo na produção legislativa do Congresso Nacional no Brasil**. Revista de Ciências Sociais. V. 55, nº 4. Rio de Janeiro: 2012.

GONTIJO, Vander. **Orçamento Impositivo e o Contingenciamento de Emendas Parlamentares: Estudo Técnico nº 10/2013**. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Câmara dos Deputados: Brasília, 2013.

KINZO, Maria D’Alva G. **A democratização brasileira: um balanço do processo político desde a transição**. São Paulo em Perspectiva. V.15, nº 4. São Paulo: 2001.

LAHUD, Victor Paiva Macedo. **Financiamento Federal da Saúde: Efeitos do Orçamento Impositivo**. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade da Universidade de Brasília. Brasília: 2016.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MAIA, Wagner. **História do Orçamento Público no Brasil**. AGESP – Associação dos Gestores Públicos do Estado de São Paulo [Artigos]. São Paulo: 2010.

MARTINS, Ives Gandra da Silva. **Comentários à Lei de Responsabilidade Fiscal**/ organizadores Carlos Valder do Nascimento; adendo especial Damásio E. de Jesus – 4ª ed – São Paulo: Saraiva, 2009. Vários Comentaristas

MENEZES, David; PEDERIVA, João Henrique. **Orçamento Impositivo: Elementos para Discussão**. Administração Pública e Gestão Social. V.7 (4), 2015. Viçosa: UFV, 2015.

MESQUITA, Lara. **Emendas ao Orçamento e Conexão Eleitoral na Câmara dos**

Deputados Brasileira. 2008, 88f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2008.

MIRANDA, Paula Medina Paiva. **Lei de Responsabilidade Fiscal.** 2013. 8 p. Trabalho (Pós-Graduação em Gestão Pública) – Faculdade Internacional Signorelli, Belo Horizonte, 2013.

NICOLAU, Jairo. **Sistemas Eleitorais.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2012.

_____. **PARECER da CMO/Volume IV Projeto de Lei Orçamentária para 2020.**

Disponível em

<https://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/OR2020/par_cmo/vol4/par_cmo_v4.pdf> Acesso em 16 de novembro de 2020.

_____. **Processo Orçamentário e Comportamento Legislativo: Emendas Individuais, Apoio ao Executivo e Programas de Governo.** DADOS – Revista de Ciências Sociais. V.48, nº 4. Rio de Janeiro: 2005.

_____. **Política Orçamentária no Presidencialismo de Coalizão.** Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2008.

PEDERIVA, João Henrique; MARCELINO, Daniel; RENNO, Lucio. **A conexão orçamentária: representação política, orçamento público e qualidade da democracia no Brasil e na Argentina.** In: Ana Maria Fernandes; Sonia Ranincheski. (Org.). *Américas compartilhadas.* São Paulo: Francis, 2009, p. 117-149.

PEDERIVA, João Henrique. PEDERIVA, Patrícia Lima Martins. **Execução de Emendas Parlamentares Individuais ao Orçamento: Mudanças em 2014.** In: I Encontro de Ensino e Pesquisa do Campo de Públicas, 2015. Brasília. [Trabalhos Apresentados]. Brasília: 2015.

PEDERIVA, João Henrique. RENNO, Lucio. **Responsividade democrática no Brasil de Lula e na Argentina dos Kirchner.** Jundiaí: Paco, 2015.

PEREIRA, Carlos. **Orçamento impositivo: fim da barganha? Valor Econômico.** 10 jan. 2014. Disponível em: <<https://www.valor.com.br/politica/3390716/orcamento-impositivo-fim-dabarganha>>. Acesso em: 02 de novembro de 2020

PEREIRA, Carlos; MUELLER, Bernardo. **Comportamento Estratégico em Presidencialismo de Coalizão: As relações entre Executivo e Legislativo na elaboração do Orçamento Brasileiro.** REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS. V. 45, nº 2. Rio de Janeiro: 2002.

PISCITELLI, Roberto Bocaccio. **Orçamento Autorizativo x Orçamento Impositivo: Estudo Técnico: Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados – Área IV Finanças Públicas**. Câmara dos Deputados: Brasília, 2006.

PISCITELLI, Roberto Bocaccio. **Orçamento Impositivo: Viabilidade, Conveniência e Oportunidade – Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados**. 2007.

PONTES LIMA, Edilberto Carlos. **Algumas observações sobre Orçamento Impositivo no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas (PPP)**. N. 26, jun/dez.2003. Brasília: 2003.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. **Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais**. In: BEUREN, Ilse Maria (Org.). Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2004.

SILVA, Adriano da Nóbrega. **Presidencialismo e Parlamentarismo: Uma revisão do debate**. Cadernos Aslegis: Artigos e Ensaaios. Vol. 46. Brasília: Aslegis, 2012.

SILVA, Cassandra Ribeiro de O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático**. Fortaleza: Editora da UFC, 2004

SILVA, Edna Lúcia da. e Menezes, Estera M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3ª ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão de literatura**. *Revistas Sociologias*. Ano 8, nº 16, jul-dez/2006. Porto Alegre: 2006.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE RECEITAS E DESPESAS PRIMÁRIAS – 3ºBimestre de 2015 – Secretaria de Orçamento Federal – extraído do endereço:

http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2015-2/arquivos-relatorio-avaliacao-fiscal/Relatorio_3oBimestre.pdf em 14 de novembro de 2020.

WILGES, Ilmo José. **Noções de Direto Financeiro: o Orçamento Público**. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1995.

ZIVIANI, Juliardi. **Lei de Responsabilidade Fiscal: planejamento, controle, transparência e responsabilização**. Jus Navigandi, Teresina, ano 9, n. 517, 6 dez.2004